



ASL Brindisi

PugliaSalute

*Anno 2025*

*P.I.A.O.*

*Piano integrato di attività e organizzazione*

AZIENDASANITARIA LOCALE BR  
Via Napoli n. 8 – 72011 Brindisi – Casale –  
C.F. P.IVA – 01647800745  
Web: <http://www.asl.brindisi.it>

## Contenuto del presente documento:

1. Introduzione al documento
2. Sezione 1: Scheda Anagrafica dell'Amministrazione
3. Sezione 2: Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione
  - a. Sezione 2.1: Valore Pubblico
  - b. Sezione 2.2: Piano triennale della Performance
  - c. Sezione 2.3: Rischi Corruttivi e Trasparenza
4. Sezione 3: Organizzazione e Capitale Umano
  - a. Sezione 3.1: Struttura Organizzativa
  - b. Sezione 3.2: Organizzazione del lavoro Agile
  - c. Sezione 3.3: Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale
  - d. Sezione 3.3.1: Piano per la Formazione del Personale
5. Sezione 4: Monitoraggio

## 1. Introduzione al documento

Il PIAO, Piano integrato di attività e organizzazione, è un nuovo adempimento semplificato per le pubbliche amministrazioni. È stato introdotto all'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021, "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", il cosiddetto "Decreto Reclutamento" convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113. Le amministrazioni con più di 50 dipendenti (esclusi gli istituti scolastici) dovranno riunire in quest'unico atto tutta la programmazione, finora inserita in piani differenti, e relativa a: gestione delle risorse umane, organizzazione dei dipendenti nei vari uffici, formazione e modalità di prevenzione della corruzione.

Il PIAO ha durata triennale, ma viene aggiornato annualmente. Definisce:

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati:
  - al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale;
  - allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali;
  - e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale;
- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione;
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- e le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

Il Piano definisce, infine, le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione dell'utenza mediante gli strumenti.

Il 9 febbraio 2022 è stato approvato in Conferenza Unificata anche lo schema di Decreto del Presidente della Repubblica riguardante l'individuazione e l'abrogazione dei piani e adempimenti destinati a essere assorbiti dal PIAO. Lo schema di Dpr aveva cominciato il proprio iter subito dopo l'approvazione del PIAO: l'articolo 1 abroga le

disposizioni che vengono sostituite dal PIA e l'articolo 2 modifica, puntualmente, i casi in cui non era possibile procedere con l'abrogazione, ma per adattamenti. Dopo l'approvazione in Conferenza Unificata il testo è stato sottoposto all'esame del Consiglio di Stato, la cui la Sezione Consultiva ha rilasciato il 2 marzo 2022 il parere n. 506 in cui, pur esprimendo parere favorevole agli obiettivi di semplificazione del PIAO, vengono posti seri dubbi sulla sua attuazione e si suggeriscono correttivi e integrazioni all'assetto giuridico e normativo per rendere il PIAO uno strumento operativo

L'articolo 6, comma 1, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, che prevede che per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, le pubbliche amministrazioni, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di cinquanta dipendenti, entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il Piano integrato di attività e organizzazione;

il D.M. del 24.06.2022 del Ministro per la Pubblica Amministrazione di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze che all'art.2 (Composizione del Piano integrato di attività e organizzazione) stabilisce che il Piano integrato di attività e organizzazione contiene la scheda anagrafica dell'amministrazione ed è suddiviso nelle Sezioni di cui agli articoli 3, 4 e 5:

art.3 Sezione Valore pubblico, Performance e Anticorruzione,

art.4 Sezione Organizzazione e Capitale umano,

art.5 Sezione Monitoraggio

Le sezioni sono a loro volta ripartite in sottosezioni di programmazione, riferite a specifici ambiti di attività amministrativa e gestionali. Ciascuna sezione del piano integrato di attività e organizzazione deve avere contenuto sintetico e descrittivo delle relative azioni programmate, secondo quanto stabilito dal presente decreto, per il periodo di applicazione del Piano stesso, con particolare riferimento, ove ve ne sia necessità, alla fissazione di obiettivi temporali intermedi.

Successivamente con il Decreto del Presidente della Repubblica 24 giugno 2022, n. 81 è stato varato il "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione"

Relativamente all'anno 2023 il Presidente dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) ha emanato in data 17/01/2023 un comunicato con cui sono state fornite le indicazioni in merito al termine per l'adozione e la pubblicazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) e della sezione

anticorruzione e trasparenza del PIAO, ordinariamente fissato al 31 gennaio dall'art. 6 del D.L. n. 80/2021, convertito, con modificazioni, dalla L. n. 113/2021. In particolare, l'Autorità ha valutato l'opportunità di differire al 31 marzo 2023 il termine previsto per l'approvazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) unitamente a quello del PIAO. La proposta di ANAC è stata condivisa dal Ministro per la pubblica amministrazione, il quale ha rappresentato l'avvio di un'iniziativa normativa nel senso auspicato dall'ANAC, mediante la presentazione di un emendamento parlamentare in sede di conversione in legge del D.L. 198/2022, (cd. "decreto Milleproroghe").

La Regione Puglia, con nota prot. 26/01/2023/0000733 della Direzione del DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE ha specificato che:

"...considerato il vigente quadro normativo ed alla luce di quanto condiviso con il Coordinamento del Tavolo Tecnico interregionale "Area Risorse Umane, Formazione e Fabbisogni formativi", si ritiene che il termine del 31 gennaio 2023 per l'adozione e la pubblicazione del PIAO debba ritenersi confermato, in via prudenziale, fino alla conclusione del richiamato iter parlamentare di proroga..."

## Gli obiettivi del PIAO

Con l'introduzione del PIAO si vuole garantire la massima semplificazione, sostenere una visione integrata e complessiva dei diversi assi di programmazione, garantire la qualità e la trasparenza dei servizi per cittadini e imprese e la progressiva reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del D.Lgs 150/2009 e della Legge 190/2012.

In base alle disposizioni sopra richiamate il PIAO sostituisce i seguenti documenti:

- il PDO (Piano dettagliato degli obiettivi), poiché dovrà definire gli obiettivi programmatici e strategici della performance, stabilendo il collegamento tra performance individuale e i risultati della performance organizzative;
- il POLA e il piano della formazione, poiché definirà la strategia di gestione del capitale umano e dello sviluppo organizzativo;
- il Piano triennale del fabbisogno del personale, poiché dovrà definire gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e la valorizzazione delle risorse interne;
- il Piano anticorruzione, così da raggiungere la piena trasparenza, nelle attività di organizzazione.

Ci sarà quindi un unico Piano articolato in sezioni specifiche, che indicherà la programmazione degli obiettivi, gli indicatori di performance e le attese da soddisfare.

## Struttura e contenuti

Il PIAO è strutturato in quattro sezioni:

1. Scheda anagrafica dell'amministrazione, da compilarsi con tutti i dati identificativi dell'amministrazione.
2. Valore pubblico, performance e anticorruzione, dove sono definiti i risultati attesi, in termini di obiettivi generali e specifici. Andrà indicato l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione e, per gli enti interessati dall'Agenda Digitale, secondo gli obiettivi di digitalizzazione ivi previsti. Inoltre, nella sottosezione programmazione-performance, andranno seguite le Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica;
3. Organizzazione e capitale umano, dove verrà presentato il modello organizzativo adottato dall'Amministrazione o dall'Ente;
4. Monitoraggio, dove saranno indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, insieme alle rilevazioni di soddisfazioni degli utenti e dei responsabili.

Sezione 1:

Scheda Anagrafica dell'Amministrazione

## Chi siamo

L'Azienda Sanitaria Locale BR, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 1-bis D.Lgs. n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, è costituita in Azienda con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale. L' Azienda Sanitaria Locale BR ha sede legale in Brindisi, via Napoli n. 8, Codice Fiscale e Partita IVA n. 01647800745. Il Legale Rappresentante dell'Azienda è il Direttore Generale.

Il Logo Aziendale è il seguente:



Il Sito Istituzionale è il seguente: [www.asl.brindisi.it](http://www.asl.brindisi.it) con accesso dal Portale Regionale della Salute della Regione Puglia [www.sanita.puglia.it](http://www.sanita.puglia.it).

Il territorio di riferimento in cui opera L'Azienda Sanitaria Locale BR di Brindisi coincide con l'intera provincia di Brindisi.

## Cosa Facciamo

Sulla base dell'analisi del contesto locale, a partire dalla pianificazione regionale e dagli obiettivi di mandato Istituzionale, che si traducono nel rispetto integrale della normativa nazionale e regionale di riferimento, come sopra richiamata, l'Azienda individua Aree di rilevanza strategica, che di seguito vengono descritte.

### La promozione della salute

L'ASL della Provincia di Brindisi ha investito ed investe sui programmi di promozione della salute con la collaborazione degli interlocutori del Territorio, al fine di promuovere una migliore qualità della vita attraverso l'assunzione, da parte dei singoli, di comportamenti sani sostenuti da contesti di vita e di lavoro che favoriscono scelte di salute.

È impegnata nella ricerca e nella creazione di alleanze, nello sviluppo di sinergie, nell'identificazione di strumenti alternativi ed innovativi finalizzati ad individuare strategie e programmi costruiti a partire dai bisogni locali, dalle risorse dei singoli territori e dai diversi Sistemi sociali ed economici che caratterizzano le realtà presenti.

La prevenzione in ambito sanitario e socio sanitario in un Territorio caratterizzato da un'elevata presenza di attività produttive e di infrastrutture, risulta sempre più rilevante la necessità di individuare le attività economiche e di servizio che presentano rischi per la salute dei cittadini e dei lavoratori, concentrando su di esse i controlli.

In un contesto in cui si incontrano la libertà di scelta del cittadino e la libertà di azione dei soggetti impegnati nell'erogazione dei Servizi l'Azienda assicura, attraverso piani ed azioni di sensibilizzazione dei professionisti del territorio, una costante attività di verifica a favore della qualità, efficacia delle prestazioni e continuità nella cura.

L'Azienda è impegnata, nel rispetto degli indirizzi e della programmazione regionale, a garantire cure territoriali integrate e a favorire il processo di governo clinico dei Medici di Medicina Generale, in particolare delle malattie croniche, e dei Pediatri di Famiglia.

L'Azienda persegue l'interazione e l'integrazione con le altre Aziende Sanitarie della Regione Puglia in relazione alle procedure di acquisto di beni e servizi, realizzando la gestione di servizi in comune, con utilizzo sinergico delle risorse.

L'individuazione e l'introduzione di soluzioni e strumenti tecnologici e la semplificazione delle procedure.

In coerenza con gli indirizzi regionali l'organizzazione dei servizi amministrativi dell'ASL della Provincia di Brindisi è orientata a porre in atto interventi finalizzati alla razionalizzazione delle attività e alla riduzione della spesa pubblica. Nell'ambito degli indirizzi di innovazione e rinnovamento della Pubblica Amministrazione, l'Azienda promuove e persegue con determinazione il percorso teso all'applicazione delle innovazioni tecnologiche che si concretizza in un costante potenziamento dell'uso dei processi digitali.

L'osservanza delle norme vigenti impone, peraltro, l'utilizzo delle nuove tecnologie digitali nei processi amministrativi verso i cittadini, incentivando le azioni di trasparenza, responsabilità ed efficienza nell'ottica della semplificazione amministrativa, non solo per pervenire ad una diminuzione dei documenti cartacei e per consentire un differente utilizzo delle risorse umane, ma anche per avviare una vera e propria evoluzione nella gestione documentale verso la dematerializzazione.

Tali processi prevedono, inoltre, una maggiore interoperabilità dei dati, con vantaggi evidenti per la rapidità e la completezza dei processi amministrativi anche mediante una condivisione delle informazioni provenienti da Istituzioni diverse, col superamento di schemi rigidi e burocratici di accesso ai dati e alla gestione delle risorse informative.

A tal fine è previsto nell'organigramma aziendale l'U.O.S. Sistemi informativi e telematici, transizione digitale.

**Il rafforzamento della comunicazione**

La comunicazione istituzionale, rivolta alla collettività, agli altri Enti ed al personale dipendente ha il compito di favorire l'accesso ai Servizi, illustrare le attività dell'Istituzione, promuovere la conoscenza su temi di forte interesse, contribuendo così a migliorare lo stato della salute dei cittadini. La comunicazione costituisce un supporto per esplicitare principi, concetti e orientamenti dell'Azienda, favorendone la crescita e rendendo manifesta la sua politica, valorizzandone l'identità e l'immagine. Crea partecipazione attiva: è utile e funzionale per condividere decisioni ed attuarle. Tale attività è presidiata dalla UOSD S.I.C.I.

## Visione aziendale

La tutela della salute, che trae origine dall'Art. 32 della Costituzione Italiana, è garantita dalla ASL di Brindisi attraverso prestazioni di carattere preventivo, curativo e riabilitativo, per rispondere in modo efficace ed efficiente ai bisogni di salute della popolazione residente nel naturale bacino d'Utenza.

Le specifiche funzioni aziendali sono esercitate in tre diversi livelli: Servizi Territoriali, Presidi Ospedalieri ed attività di prevenzione.

La Visione si fonda su valori importanti che orientano l'Azienda nello svolgimento delle proprie finalità:

- la soddisfazione dei bisogni del Cittadino/Utente;
- la formazione e lo sviluppo delle risorse umane;
- l'innovazione a tutti i livelli, per sostenere i continui cambiamenti in corso nel settore;
- la ricerca della massima efficienza ed efficacia possibili.

## Come Operiamo

Per il raggiungimento delle finalità istituzionali l'Azienda predispone la pianificazione strategica aziendale triennale delle attività, correlata alla pianificazione degli obiettivi operativi annuali da perseguire, il cui grado di raggiungimento è periodicamente monitorato.

La programmazione, nonostante il contenimento della spesa, disposto dalle normative nazionali e regionali, è sempre mirata a garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e alla predisposizione di una rete efficiente di servizi in grado di rispondere ai bisogni di salute, con l'impegno di promuovere il miglioramento dell'efficienza di impiego delle risorse.

I punti focali individuati per condurre l'Organizzazione verso il successo attraverso il miglioramento continuo delle prestazioni, sono di seguito specificati:

- ❖ la centralità della Persona;
- ❖ la tutela della libertà di scelta del Cittadino;
- ❖ il miglioramento dell'accessibilità delle Strutture;
- ❖ la promozione della sussidiarietà;
- ❖ la definizione di un continuum di percorso Ospedale Territorio e viceversa;
- ❖ l'implementazione dell'appropriatezza clinica ed organizzativa;
- ❖ la promozione di adeguati rapporti professionali con i Medici Convenzionati;
- ❖ la cura del clima interno e la promozione del processo di aggregazione aziendale;
- ❖ la puntuale attenzione all'eventuale disservizio attraverso i canali istituzionali e gli Enti esterni;
- ❖ il miglioramento dell'accessibilità alle Strutture;
- ❖ i costi competitivi delle attività sanitarie;

- ❖ l'innovazione tecnologica e la ricerca medico-scientifica;
- ❖ il mantenimento e la promozione di legami collaborativi con il Volontariato organizzato.

## IDENTITA'

L'azienda Sanitaria in cifre

L'ambito territoriale dell'Azienda Sanitaria Locale BR coincide con la provincia di Brindisi e comprende n. 20 Comuni: Brindisi, Carovigno, Ceglie Messapica, Cellino S. Marco, Cisternino, Erchie, Fasano, Francavilla Fontana, Latiano, Mesagne, Oria, Ostuni, San Donaci, S. Michele Salentino, S. Pancrazio Salentino, S. Pietro Vernotico, S. Vito dei Normanni, Torchiarolo, Torre S. Susanna, Villa Castelli.

La popolazione della provincia di Brindisi è così composta (dati al 1° gennaio di ciascun anno)

Anno	Maschi	Femmine	Totale
2021	184.396	196.877	381.273
2022	183.723	195.759	379.482
2023	182.788	194.452	377.240

Ulteriori dati demografici relativi al territorio della provincia di Brindisi sono esposti nel paragrafo "Analisi del contesto Esterno".

Risorse Umane

I dati riportati nella Tabella successiva sono aggiornati al 31.12.2023. Il personale è suddiviso per tipologia di contratto e per ruolo.

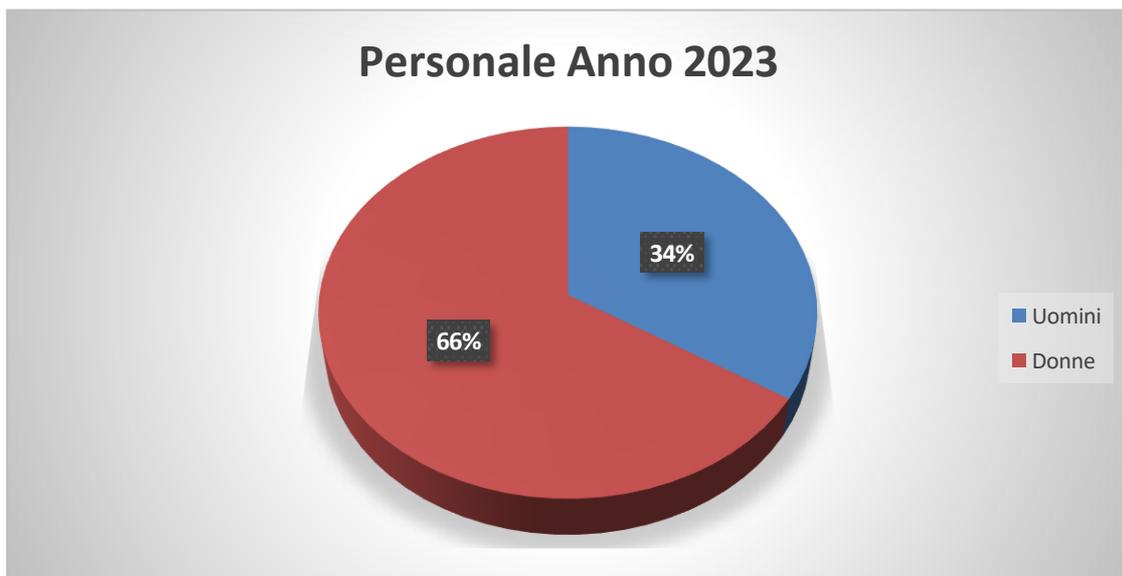
Tipo contratto	RUOLO	Dipendenti	di cui Comando	Totale
AREA della SanitÃ	SANITARIO	759	5	759
<b>AREA della SanitÃ Totale</b>		<b>759</b>		<b>759</b>
Comparto sanitÃ	AMMINISTRATIVO	338	1	338
	PROFESSIONALE	2		2
	SANITARIO	2329	24	2329
	TECNICO	718	7	718
<b>Comparto sanitÃ Totale</b>		<b>3387</b>		<b>3387</b>
Dirigenza S.P.T.A.	AMMINISTRATIVO	23		23
	PROFESSIONALE	8		8

	SANITARIO	1	1
<b>Dirigenza S.P.T.A. Totale</b>		<b>32</b>	<b>32</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>4178</b>	<b>37</b> <b>4178</b>



Fonte: IASI

<b>Dipendenti Anno 2023</b>		<b>4178</b>
Uomini	1405	34%
Donne	2773	66%



## PIANO DI AZIONI POSITIVE

Uno dei principi cardine del nostro ordinamento è il divieto di discriminazioni e la promozione della parità di trattamento dei lavoratori in relazione all'accesso e all'occupazione. Questi principi sono valori fondamentali anche dell'Unione Europea, come ribadito nel Trattato sull'Unione Europea (TUE), nel Trattato sul funzionamento dell'Unione Europea (TFUE) e nella Carta europea dei diritti fondamentali.

Il Piano Triennale delle Azioni Positive nasce come evoluzione della disciplina sulle pari opportunità, che trova il suo fondamento in Italia nella legge 10 aprile 1991, n. 125 recante "Azioni positive per la realizzazione della parità uomo donna nel lavoro".

Il d.lgs. 11 aprile 2006, n. 198 recante "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna a norma dell'art. 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246" riprende e coordina in un testo unico la normativa di riferimento prevedendo all'art. 48 che "le amministrazioni dello Stato predispongono piani di azioni positive tendenti ad assicurare, nel loro ambito rispettivo, la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne".

Tali misure, dirette a rimuovere ostacoli alla realizzazione delle pari opportunità nel lavoro, possono declinarsi in vario modo: misure a sostegno della flessibilità oraria, sostegno della maternità e paternità, ecc).

L'ASL BR con Deliberazione DG n. 1251 del 03/07/2014 adottava il "Codice di Condotta per le pari opportunità, il benessere di chi lavora e contro ogni forma di discriminazione, mobbing e molestie sessuali nei luoghi di lavoro", proposto dal CUG (istituito con deliberazione n. 19 del 08/01/2013).

L'Azienda ASL BR, anche con l'attività propria del Comitato Unico di Garanzia, intende perseguire gli obiettivi di parità e pari opportunità per sostenere condizioni di benessere lavorativo, al fine di prevenire e rimuovere qualunque forma di discriminazione.

Allo scopo di raggiungere i predetti obiettivi è stato adottato dall'Azienda il regolamento POLA (Piano Organizzativo Lavoro Agile – Delibera del D.G. n. 995 del 18.04.2023 e successivo aggiornamento di cui alla Delibera del D.G. n.1.172 del 04.06.2024) per consentire una migliore conciliazione dei tempi vita-lavoro dei dipendenti pubblici ed è anche in fase di studio il Piano di Azioni Positive, contenente gli obiettivi da perseguire e le azioni positive da mettere in atto per il loro raggiungimento.

## Strutture

Nel rinviare a quanto meglio dettagliato nel paragrafo relativo all'articolazione aziendale, si evidenzia che l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera e territoriale risulta così articolata:

- N. 3 Strutture Ospedaliere; occorre precisare che l'ASL BR a partire dal 01.12.2024 ha acquisito la completa gestione del Centro Neuro-motulesi di Ceglie M.ca.
- N. 3 Strutture Private Accreditate: Casa di cura Salus, Associazione La Nostra Famiglia e IRCC E.Medea.
- N. 4 Distretti Socio-Sanitari: con all'interno 5 PTA, 4 Ospedali di Comunità e 1 Hospice attivato nel corso del 2024.
- N. 15 Dipartimenti: Prevenzione, Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Medico, delle Direzioni Mediche dei Presidi Ospedalieri, Farmaceutico, Assistenza Territoriale, Onco-Ematologico-Radioterapico-Radiodiagnostico, Emergenza-Urgenza, Chirurgico-Ricostruttivo, Medicina di Laboratorio, Materno-Infantile, Cardio-Pneumologico-Riabilitativo, Giuridico-Amministrativo; Beni e Servizi;

## Mandato Istituzionale e missione

### **Mandato istituzionale e riferimenti normativi**

L'ASL Brindisi inquadra il proprio mandato istituzionale all'interno del contesto legislativo fondamentale della Regione Puglia e del quadro normativo nazionale.

I Decreti Legislativi di riordino del Sistema Sanitario Nazionale n. 502/92, n. 517/93 e n. 229/99 hanno orientato il cambiamento attraverso:

- La distinzione tra la funzione di tutela della salute dei Cittadini e quella di produzione/erogazione delle prestazioni necessarie a garantirla;
- L'individuazione dei livelli d'assistenza come riferimento per i diritti dei Cittadini;
- La distinzione tra il finanziamento del SSN e la remunerazione dei soggetti erogatori;
- La regionalizzazione;
- L'aziendalizzazione e l'accreditamento degli erogatori pubblici e privati.

### Missione

La missione aziendale è la tutela della salute dei Cittadini attraverso l'attività di promozione, prevenzione, assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-sanitaria integrata e di monitoraggio, erogate con strutture proprie e con strutture terze pubbliche o private, nel quadro di una oculata gestione delle risorse economiche disponibili. La ASL eroga attività sanitarie di base e specialistiche mediante l'utilizzo di tecnologie avanzate e di metodologie innovative.

L'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Brindisi, inserita nel contesto del Sistema Sanitario Regionale della Puglia, attraverso la programmazione locale, il confronto e la presa in carico delle richieste del proprio Territorio, esercita il ruolo di garante della salute dei propri Cittadini. Le sue azioni sono orientate a:

- promuovere e tutelare la salute dei cittadini, sia in forma individuale sia collettiva, garantendo i servizi e le attività comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- esercitare l'attività di programmazione e indirizzo dei servizi sanitari e socio sanitari;
- favorire la partecipazione dei soggetti rappresentativi delle comunità;
- valorizzare le risorse umane.

L'Azienda Sanitaria Locale di Brindisi, nel perseguimento dei fini istituzionali,

- rivolge un'attenzione continua al cittadino ed ai bisogni che questi esprime, quale elemento determinante ai fini delle politiche aziendali;
- agisce con efficacia, efficienza, tempestività ed economicità;

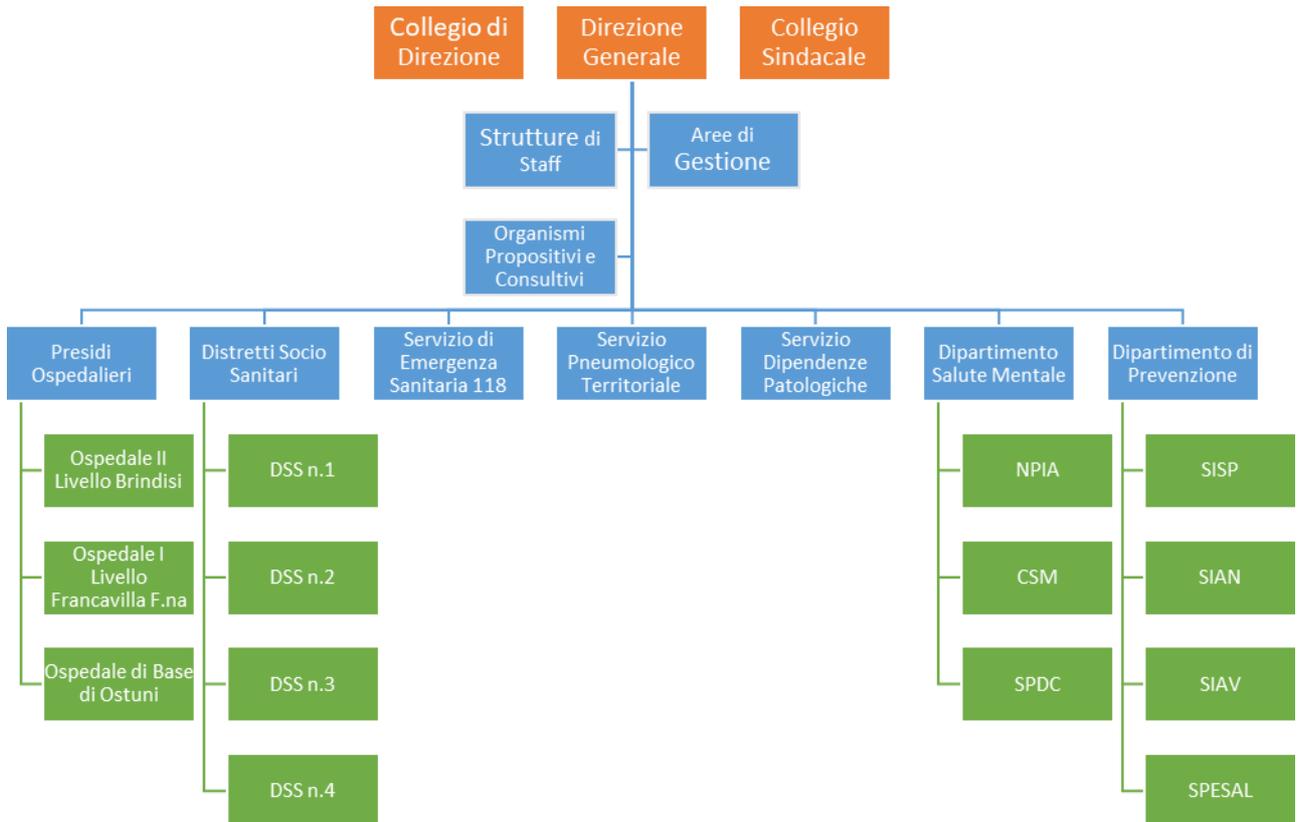
- orienta la propria azione al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni offerte e dell'efficienza dei Servizi, attraverso il consolidamento delle buone prassi, l'innovazione, anche tecnologica, essenziale per i continui cambiamenti del contesto in cui opera.

# ANALISI DEL CONTESTO

## Analisi del contesto Interno

Si sintetizzano nel seguente grafico le principali strutture secondo cui è articolata l'organizzazione aziendale

### ORGANIGRAMMA ASL BR



## ORGANI DI GOVERNO E DIREZIONE STRATEGICA

Sono organi dell'Azienda Sanitaria il Direttore Generale, il Collegio Sindacale ed il Collegio di Direzione

Il Direttore Generale è l'organo cui competono tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza legale dell'Azienda; è responsabile delle funzioni di indirizzo politico-amministrativo e strategico dell'Azienda. Nell'esercizio delle sue funzioni si avvale della collaborazione del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario.

Il Collegio Sindacale è un organo di controllo indipendente. Dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dalla Regione, uno dal Ministero dell'Economia e uno dal Ministero della Salute.

Svolge le seguenti funzioni: verifica l'attività dell'Azienda sotto il profilo della gestione economica, finanziaria e patrimoniale; vigila sull'osservanza della legge, accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili; effettua periodicamente verifiche di cassa e svolge le altre funzioni al medesimo attribuite da leggi nazionali e regionali; riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità.

Il Collegio di Direzione è un organo aziendale collegiale, che concorre al governo delle attività cliniche, alla pianificazione delle attività (incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria), esprime parere obbligatorio sull'atto aziendale per la parte relativa all'organizzazione delle attività cliniche sul piano aziendale annuale della formazione e sul piano aziendale annuale per la gestione del rischio clinico. Partecipa, altresì, alla definizione dei requisiti di appropriatezza e qualità delle prestazioni, nonché degli indicatori di risultato clinico – assistenziale e concorre alla conseguente valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati.

La composizione del Collegio di Direzione è definita dalla Regione con L.R. 17 ottobre 2014, n. 43, in modo da garantire la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nell'azienda.

La Regione ne disciplina, altresì, le competenze, i criteri di funzionamento e le relazioni con gli altri organi aziendali.

Il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario costituiscono la Direzione strategica.

- Il Direttore Amministrativo è preposto alla Direzione dei servizi amministrativi di gestione. Supporta in Direttore Generale nella definizione delle linee strategiche aziendali esercitando funzioni di indirizzo e verifica dell'attività svolta al fine di garantire il rispetto delle regole di legalità, imparzialità, buon comportamento, efficace utilizzazione delle risorse, razionalità delle procedure in ambito amministrativo.

- Il Direttore Sanitario è preposto alla Direzione dei servizi sanitari. Supporta in Direttore Generale nella definizione delle linee strategiche aziendali riguardanti l'assistenza sanitaria ed il governo clinico avvalendosi della collaborazione dei dirigenti delle strutture sanitarie. Esercita funzioni di indirizzo e verifica dell'attività svolta al fine di garantire il rispetto delle regole di legalità, imparzialità, buon comportamento, efficace utilizzazione delle risorse, razionalità delle procedure in ambito sanitario

La Direzione aziendale, a supporto delle attività tipiche di governo strategico, si avvale di Strutture organizzative che sono parte integrante del Sistema delle funzioni di gestione, supporto, valutazione, ricerca e sviluppo riferite ai diversi processi aziendali.

#### ORGANISMI PROPOSITIVI E CONSULTIVI

##### La Conferenza dei Sindaci

Istituita con la principale funzione di rappresentare le esigenze della popolazione, è composta dai sindaci dei venti Comuni della provincia di Brindisi. Al suo interno sono istituiti la Rappresentanza dei Sindaci ed il Comitato dei Sindaci del Distretto (non ancora attivo in questa ASL). È presieduta dal Sindaco del Capoluogo di Provincia.

Svolge le seguenti funzioni:

- o fornisce linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività delle Aziende Sanitarie;
- o esprime parere obbligatorio sul Piano Attuativo Locale (PAL), nonché attraverso il Comitato dei Sindaci di distretto sul Piano Attuativo territoriale (PAT);
- o esprime parere sulla nomina del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria;
- o esprime parere in merito al grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati al Direttore Generale;
- o esamina il bilancio pluriennale di previsione e l'atto aziendale dell'Azienda, e trasmette le proprie valutazioni e proposta all'Azienda Sanitaria ed alla Regione;
- o verifica la gestione del PAL elaborato da parte dell'Azienda sanitaria e sui risultati trasmette le proprie valutazioni e proposte all'Azienda Sanitaria ed alla Regione;
- o elegge i propri quattro componenti della Rappresentanza, in quanto il Sindaco del comune capoluogo è membro di diritto.

##### Il Comitato Etico

È l'organismo deputato alla riflessione e al confronto sulle tematiche bioetiche e allo svolgimento di compiti di sensibilizzazione, formazione e consulenza interna sulle tematiche stesse.

Il Comitato Etico, in particolare, esamina, per i medesimi aspetti, casi specifici sottoposti da parte di singoli operatori, di articolazioni organizzative, di Cittadini, di associazioni, di istituzioni, esprimendosi in merito; valuta protocolli terapeutici e diagnostici, pratiche assistenziali ed eventuali atti aziendali a carattere generale. Svolge anche funzioni in materia di sperimentazione clinica del farmaco. Ai sensi del DM 12/05/06

il Comitato Etico deve garantire le qualifiche e l'esperienza necessarie a valutare gli aspetti etici, scientifici e metodologici degli studi proposti. Il Comitato deve comprendere: 2 clinici, 1 medico di medicina generale/territoriale e/o 1 pediatra di libera scelta, 1 biostatistico, 1 farmacologo, 1 farmacista, il direttore sanitario, 1 esperto in materia giuridica e assicurativa o 1 medico legale, 1 esperto di bioetica, 1 rappresentante del settore infermieristico ed 1 rappresentante del volontariato per l'assistenza e/o associazionismo di tutela dei pazienti.

La Regione Puglia con Delibera di Giunta Regionale n. 712 del 22.05.2023 ad oggetto *“Riorganizzazione dei Comitati Etici della Regione Puglia in attuazione dei Decreti del Ministro della Salute del 26, 27 e 30 gennaio 2023 – Definizione modalità di nomina dei componenti dei Comitati Etici Territoriali (CET) e Locali (CEL) in fase di prima applicazione della norma nazionale e misure per assicurare il passaggio di funzioni tra i Comitati Etici”* ha disposto, a partire dal 07/06/2023, la decadenza del Comitato Etico dell'ASL BR e di altre Aziende Sanitarie ed il trasferimento delle funzioni e delle attività al Comitato Etico Territoriale dell' A.O.U. Policlinico di Bari

Il Comitato per la Lotta alle Infezioni Ospedaliere (C.I.O.)

Previsto dalla normativa vigente, si compone di un gruppo centrale con funzioni di coordinamento e programmazione e di un gruppo operativo. Il gruppo centrale comprende un medico coordinatore, un responsabile amministrativo con funzioni di segreteria, un responsabile scientifico, un medico in servizio presso il *Risk Management* aziendale, il Responsabile dell'Ufficio Tecnico. Il gruppo operativo si compone di un medico per area (Medica, Chirurgica e intensiva), cui si aggiunge il Direttore Sanitario del Centro Neuromotulesi di Ceglie e un infermiere per Stabilimento Ospedaliero. Nello specifico propone e valuta protocolli in tema di strategie di lotta contro le infezioni correlate all'assistenza; cura la partecipazione a studi epidemiologici di sorveglianza, cura una sorveglianza microbiologica integrata continua a partenza dai dati di laboratorio; formula proposte operative e provvedimenti di urgenza da adottarsi dalla Direzione sanitaria in particolari evenienze di rischio infettivo; informa il personale sui programmi di sorveglianza e controllo; valuta l'utilità e la fattibilità di modifiche impiantistiche e strutturali finalizzate alla riduzione del rischio infettivo e collabora alla stesura di capitolati per l'acquisto di presidi sanitari.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)

L'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance sostituisce, a tutti gli effetti, il Nucleo di Valutazione Aziendale. Tale Organismo (OIV) è nominato dall'organo di Indirizzo Politico- Amministrativo (Direttore Generale), previo parere favorevole della Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche - Autorità Nazionale Anticorruzione (CIVIT). L'incarico ha durata triennale e può essere rinnovato una sola volta. L'OIV è composto da n. 3 componenti dotati dei requisiti stabiliti dalla normativa, con particolare riguardo alla prescritta elevata professionalità ed esperienza, maturata nel campo del management, della valutazione della Performance e della valutazione del personale delle

amministrazioni pubbliche. L'O.I.V. supporta la Direzione Generale nella definizione degli obiettivi strategici e nell'individuazione delle responsabilità ad essi connesse, favorendo l'allineamento dei comportamenti del personale alla missione dell'organizzazione, attraverso il Sistema di misurazione e valutazione della performance.

#### Il Comitato Consultivo Misto (C.C.M.)

Il Comitato Consultivo Misto ha l'obiettivo di garantire la partecipazione democratica del cittadino e disciplinare rapporti di collaborazione efficaci e continuativi con le associazioni di volontariato, funzionali al miglioramento della qualità dei servizi. È composto da parte ASL (Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Struttura di Informazione e Comunicazione Istituzionale, Servizio Socio-Sanitario) e Associazioni di volontariato ed Organismi di Tutela accreditati. Articolato al suo interno con organi che svolgono differenti funzioni, è presieduto dal Direttore Generale ed ha funzioni propositive e consultive.

#### Il Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.)

Istituito come da normativa nel 2013, il "Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, dei quali assume tutte le funzioni. Il Comitato ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione in modo da assicurare, nel complesso, la presenza paritaria di entrambi i generi; il Presidente viene designato dall'Amministrazione. Ha compiti propositivi, consultivi e di verifica ed ha rapporti con i seguenti organi: Organismo Indipendente di Valutazione delle Performance (OIV); Consigliera nazionale di parità; Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali (UNAR). Contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori.

## MODELLO ORGANIZZATIVO

Il modello organizzativo di un'Azienda sanitaria, in quanto realtà estremamente complessa, è caratterizzato da un'elevata presenza di strutture con diversità di missione e di servizi erogati. Obiettivo della governance è quello di attuare una gestione basata sull'integrazione dei servizi per garantire il soddisfacimento dei bisogni.

Tale modello organizzativo discende dalla legislazione regionale in materia, più specificatamente, dalle leggi regionali n. 36 del 1994 e n. 25 del 2006, nonché dall'applicazione del Piano di rientro che ha inciso sul modello organizzativo a partire da dicembre 2011 con l'avvio della riorganizzazione anche della rete ospedaliera, che è in fase di completamento, giusta Deliberazioni nr. 302/2017; nr. 884/2017; nr. 122/2018, n. 220/2018, n. 2154/2020, n. 2383/2020, n. 2145/2021 e n. 2805/2021, n.1384/2024

Di seguito viene descritta l'articolazione delle macrostrutture socio-sanitarie attraverso cui si realizza l'attività dell'Azienda sul territorio, fornendo, altresì, una breve esposizione delle attività espletate.

Le Strutture operative aziendali sono individuate tenendo presente le norme generali di organizzazione dell'Azienda sanitaria, al fine di garantire una corretta ed appropriata assistenza sanitaria e socio-sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, una assistenza distrettuale e una assistenza ospedaliera in relazione ai reali fabbisogni del territorio.

L'Azienda sanitaria definisce un assetto organizzativo che tiene conto del necessario collegamento tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale, tra assistenza sociale e assistenza sanitaria. Di seguito si definiscono le principali attività svolte dalle strutture dell'ASL BR, soffermando l'attenzione su quelle che fanno capo alle unità operative complesse.

### A) ASSISTENZA COLLETTIVA<sup>1</sup>

#### Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura della ASL preposta alla prevenzione collettiva, promozione e tutela della salute pubblica da diversi rischi di natura infettiva, igienico-ambientale, sanitaria, alimentare e lavorativa. Svolge le principali funzioni:

- Controllo delle malattie infettive;
- erogazione vaccinazioni;
- studia i rischi per la salute che derivano dall'inquinamento dell'aria, delle acque e del suolo,
- tutela la salute nei luoghi di vita e di lavoro (abitazioni, ristoranti, alberghi, scuole, uffici, fabbriche, officine, campi);

---

<sup>1</sup> Regolamento Regionale n.22 del 28.08.2012 ad oggetto "Modifica ed integrazione Regolamento Regionale 30 giugno 2009 n.13 "Organizzazione del Dipartimento di Prevenzione""

- sorveglia gli allevamenti per evitare le malattie degli animali;
- controlla gli alimenti e le bevande dal punto di vista dell'igiene;
- promuove l'educazione alla salute;
- svolge visite mediche nel campo della Medicina legale.

Il Dipartimento di Prevenzione si articola in Strutture Complesse ognuna delle quali ha competenze specifiche:

- Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (S.I.S.P.);
- Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S.I.A.N.);
- Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPeSAL);
- Servizio di Igiene ed Assistenza Veterinaria (S.I.A.V.), che è suddiviso in tre Aree autonome (Area A, Area B, Area C) che si occupano rispettivamente di Sanità animale, di Igiene degli alimenti di origine animale e loro derivati, di Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

#### Servizio Igiene e Sanità Pubblica (S.I.S.P.)

Il Servizio Igiene e Sanità Pubblica si occupa della tutela della salute dei Cittadini, della salubrità degli ambienti di vita e della promozione di corretti stili di vita; garantisce la tutela della salute collettiva attraverso la prevenzione delle malattie, la promozione della salute ed il miglioramento della qualità della vita. Le attività proprie del SISP sono dirette a tutte le componenti della popolazione (infantile, adulta ed anziana) e si compiono attraverso interventi di assistenza, sostegno, controllo, vigilanza, formazione ed informazione.

Il Servizio si occupa, inoltre, dei problemi medico-legali relativi ai singoli Cittadini (ad esempio: le visite mediche per il rilascio di patenti, porto d'armi, patenti per gli invalidi, ecc.) ed alle strutture sanitarie.

In particolare, garantisce le seguenti funzioni:

- prevenzione delle malattie infettive e parassitarie, sorveglianza epidemiologica, vaccinazioni;
- prevenzione negli ambienti di vita;
- consulenza e profilassi ai viaggiatori internazionali ed ai migranti;
- prevenzione delle malattie cronico degenerative;
- medicina legale, igiene e polizia mortuaria, accertamento delle condizioni invalidanti;
- vigilanza in materia di radiazioni ionizzanti e sull'uso di gas tossici;
- rilascio di pareri su pratiche edilizie, strumenti urbanistici, regolamenti comunali ed in generale di gestione del territorio;
- rilascio di pareri finalizzati alla realizzazione, all'autorizzazione al funzionamento e/o accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali intra ed extra aziendali;
- vigilanza e controllo sulle attività sanitarie e strutture turistico ricettive e termali.

#### Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S.I.A.N.)

Il Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione ha come compito fondamentale la tutela della salute della popolazione per gli aspetti legati all'alimentazione; si occupa pertanto della tutela della salute del

cittadino consumatore, provvedendo al controllo sulla qualità e sicurezza degli alimenti ed a contrastare i fattori di rischio nutrizionale attraverso l'informazione e l'educazione sanitaria del cittadino e della popolazione nel suo complesso, nonché attraverso la formazione rivolta a tutto il personale preposto alla produzione e distribuzione di alimenti e bevande.

In particolare, garantisce le seguenti funzioni:

- vigilanza, sorveglianza e tutela igienico sanitaria di alimenti di origine vegetale, bevande ed
- acque potabili nelle attività di produzione, preparazione, deposito, distribuzione, somministrazione, vendita e trasporto;
- vigilanza e sorveglianza nelle attività di stoccaggio, distribuzione e vendita di prodotti fitosanitari;
- sorveglianza epidemiologiche delle malattie a trasmissione alimentare (MTA);
- sorveglianza e prevenzione nutrizionale per collettività e Cittadini ed educazione alimentare;
- controllo micologico e tossicologia alimentare.

Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (S.P.eS.A.L.)

Il Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro ha come compito fondamentale la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori negli ambienti di lavoro, attraverso le funzioni di controllo, vigilanza e di promozione della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro, allo scopo di contribuire alla prevenzione delle malattie professionali e degli infortuni sul lavoro e al miglioramento del benessere del lavoratore.

Garantisce le seguenti funzioni:

- tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- prevenzione delle malattie professionali;
- conduzione di inchieste su infortuni e malattie professionali su richiesta dell'Autorità Giudiziaria;
- attività di igiene industriale, tossicologia, valutazione dei rischi, ergonomia ed organizzazione del lavoro;
- vigilanza e controllo sulla sicurezza impiantistica nei settori edile, industriale ed in agricoltura.

Servizio di Igiene ed Assistenza Veterinaria (S.I.A.V.)

- S.I.A.V. A Sanità animale

Il Servizio Veterinario Area A svolge attività di controllo e tutela della salute degli animali domestici e d'allevamento con l'obiettivo di tutelare la salute pubblica ed il benessere animale.

Garantisce le seguenti funzioni:

- o profilassi delle malattie infettive e parassitarie trasmissibili dall'animale all'uomo (zoonosi);
- o profilassi delle malattie infettive e trasmissibili tra animali;
- o trattamenti immunizzanti e inoculazioni diagnostiche;
- o realizzazione di piani di risanamento zootecnico;
- o profilassi della rabbia, lotta al randagismo, tenuta anagrafe canina;

- gestione dell'anagrafe del bestiame.

#### S.I.A.V. B - Igiene degli alimenti di origine animale e loro derivati

Il Servizio Veterinario Area B si occupa del controllo delle materie prime di origine animale destinate a diventare alimento per il consumo umano.

Il suo obiettivo primario è la tutela della salute del consumatore, attraverso un accurato e minuzioso controllo sulla produzione, trasformazione, conservazione, trasporto, commercializzazione e distribuzione di tutti gli alimenti di origine animale e loro derivati.

Garantisce le seguenti funzioni:

- controllo su impianti di produzione, lavorazione, somministrazione, di carni, uova, prodotti della pesca, latte e derivati, miele, alimenti d'origine animale in genere;
- controllo nelle derrate alimentari per la ricerca di residui di antiparassitari, di altri prodotti inquinanti chimici ed individuazione di fattori di rischio da inquinamento ambientale;
- anagrafe di tutti gli impianti di produzione di alimenti di origine animale operanti sul territorio;
- controllo ufficiale dei prodotti alimentari di origine animale.

#### S.I.A.V. C - Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

Il Servizio Veterinario Area C vigila sul benessere degli animali sia da reddito che da affezione, sull'utilizzo del farmaco veterinario, sulla riproduzione animale, sulla tutela dell'ambiente dall'allevamento intensivo, sulla produzione dei mangimi, sulla produzione del latte alla stalla, cura la raccolta, il trasporto, lo smaltimento delle spoglie animali. Focalizza l'attenzione su di un processo che prende le mosse dall'ambiente in cui un animale nasce, si riproduce, vive, e si conclude col ritorno delle sue spoglie all'ambiente stesso.

Garantisce le seguenti funzioni:

- controllo su uso del farmaco veterinario e della presenza dei residui nelle produzioni zootecniche;
- controllo sulla riproduzione animale;
- controllo su latte alla stalla;
- controllo sul benessere animale;
- controllo sugli impianti di acquacoltura;
- controllo su produzione e commercio di mangimi medicati e sorveglianza BSE;
- controllo su raccolta e trasporto delle spoglie animali e dei sottoprodotti della macellazione.

I diversi Servizi del Dipartimento di Prevenzione hanno una differente articolazione sul territorio per l'offerta delle attività rivolte ai Cittadini ed alle aziende. La struttura che ha una distribuzione più capillare è il Servizio Igiene e

Sanità Pubblica che è organizzato in 6 Unità Operative Semplici a valenza Territoriale (Brindisi, Fasano, Ostuni, Francavilla Fontana, Mesagne, San Pietro Vernotico) con ambulatori per le vaccinazioni e le certificazioni medico legali presenti in ogni comune.

## B) ASSISTENZA TERRITORIALE

### I Distretti Socio-Sanitari<sup>2</sup>

Il Distretto rappresenta l'articolazione organizzativa dell'Azienda Sanitaria Locale nella quale si concentra tutta l'operatività socio-sanitaria, ad esclusione di quella connessa con le tipiche attività di ricovero e di quelle tipiche delle altre Strutture Territoriali.

Il Distretto garantisce l'erogazione delle prestazioni relative alle seguenti attività:

- Assistenza sanitaria di base: Medicina generale e Pediatria di libera scelta, Servizio
- di continuità assistenziale (Guardia medica) e Medicina dei servizi;
- Assistenza specialistica ambulatoriale;
- Assistenza domiciliare;
- Assistenza farmaceutica territoriale;
- Assistenza di emergenza territoriale;
- Assistenza termale;
- Assistenza Integrativa e Protesica;
- Attività finalizzate a garantire il diritto del cittadino all'accesso ai Servizi sanitari (iscrizione al SSN, scelta e revoca del medico, prenotazioni, ecc.);
- Assistenza sanitaria all'estero e assistenza ai Cittadini non residenti, con domicilio sanitario nell'ambito territoriale del distretto;
- Attività di tutela della salute collettiva, in coordinamento con il Dipartimento di Prevenzione;
- Attività consultoriali per la tutela della salute dell'Infanzia, della Donna e della Famiglia, integrate con quelle ospedaliere e con la medicina generale e la pediatria di base;
- Attività sanitarie e socio-sanitarie rivolte agli anziani, ai disabili, al disagio psichico e alle dipendenze patologiche, compresa l'assistenza residenziale e semiresidenziale, coordinate con quelle dipartimentali;
- Attività o servizi per le patologie in fase terminale;
- Integrazione operativa tra Servizi sanitari e Servizi socio-assistenziali degli Enti locali rivolta alle fasce deboli della popolazione (anziani, disabili, ecc.).

Nell'intera Asl Brindisi, l'attività territoriale descritta viene erogata da quattro Distretti Socio-Sanitari, comprendenti i Comuni di seguito riportati, all'interno dei quali si collocano, altresì, i Presidi Territoriali di Assistenza (PTA).

- Distretto n.1 – Brindisi - sede distrettuale
- Comuni afferenti: Brindisi, S. Vito dei Normanni
- Distretto n. 2 – Fasano - sede distrettuale – PTA Fasano e PTA Cisternino

---

<sup>2</sup> Regolamento Regionale n.6 del 18 aprile 2011

- Comuni afferenti: Fasano, Cisternino, Ostuni
- Distretto n. 3 – Francavilla Fontana - sede distrettuale – PTA Ceglie M.ca
- Comuni afferenti: Francavilla Fontana, Carovigno, Ceglie Messapica, Oria, San Michele Salentino, Villa Castelli
- Distretto n. 4 – Mesagne - sede distrettuale – PTA Mesagne e PTA San Pietro V.co
- Comuni afferenti: Mesagne, Erchie, Latiano, Cellino S. Marco, San Donaci, S. Pancrazio Salentino, S.Pietro Vernotico, Torchiarolo, Torre S. Susanna

### Dipartimento di Salute Mentale<sup>3</sup>

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è la Struttura operativa di organizzazione e gestione delle prestazioni finalizzate alla promozione della salute mentale in ogni fascia di età, nonché alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio psichico.

L'organizzazione Dipartimentale consente la funzione fondamentale di integrazione delle differenti modalità di intervento, mantenendo coordinati e coerenti i processi assistenziali di diagnosi e di cure, con quelli più specificatamente preventivi e riabilitativi.

L'assetto organizzativo del Dipartimento include:

n. 2 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura negli Stabilimenti Ospedalieri di Brindisi e Francavilla F.na

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) coordina e garantisce l'assistenza psichiatrica nell'ambito ospedaliero, nonché le attività di consulenza presso altri reparti.

I Servizi si sono dotati, con l'adozione di protocolli e linee guida, di un sistema di miglioramento e valutazione della qualità assistenziale.

n. 4 Centri di Salute Mentale (CSM)

I CSM (CSM Brindisi, CSM Francavilla-Ceglie, CSM Ostuni-Fasano, CSM Mesagne) che svolgono attività preventive, terapeutiche e riabilitative raccordandosi con gli altri Servizi Sanitari presenti nel territorio e con i servizi Sociali Territoriali. Essi sono dotati di servizi aperti nelle 12 ore e di una rete di strutture riabilitative a diversa intensità assistenziale.

---

<sup>3</sup> Legge Regionale n.30 del 16.12.1998 "Norme e principi per il funzionamento dei Dipartimenti di Salute Mentale previsti dalla Legge Regionale 28.12.1994 n.36".

#### Struttura per le Dipendenze Patologiche<sup>4</sup>

Il Dipartimento per le Dipendenze Patologiche svolge le attività riconducibili all'area di intervento delle dipendenze da sostanze di abuso legali (alcol, tabacco, e taluni psicofarmaci), illegali (eroina, cocaina, cannabis, ecstasy ed altre droghe) e del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP).

Alla Struttura fanno capo i SERT istituiti dal DPR 309/90 e D.M. 444/90, i quali costituiscono le strutture di riferimento nel territorio provinciale dell'Azienda per i tossicodipendenti e per le loro famiglie e garantiscono interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento, avvalendosi anche degli Enti Ausiliari per l'inserimento dell'Utenza in programmi residenziali e semiresidenziali da svolgere nelle Comunità Terapeutiche.

I SERT devono assicurare la disponibilità dei principali trattamenti di carattere psicologico, socio-riabilitativo e medico-farmacologico ed in particolare:

- operano interventi di primo sostegno ed orientamento per gli Utenti;
- attuano programmi alternativi al carcere in collaborazione con il Ministero della Giustizia e la Prefettura;
- accertano lo stato di salute fisica e psichica, nonché le condizioni sociali degli Utenti;
- certificano lo stato di dipendenza ove richiesto dagli Utenti o per altre finalità previste dalla legge;
- attuano interventi di prevenzione della diffusione dell'HIV, dei virus-B-C dell'epatite e delle patologie correlate all'uso di sostanze;
- monitorizzano, in collaborazione con le Unità Operative di Malattie Infettive, i soggetti sieropositivi;
- trattano, in collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale, i soggetti con doppia diagnosi;
- effettuano diagnosi precoci ed attuano interventi di prevenzione secondaria e terziaria (riduzione del danno) dell'uso di droghe ed alcool;
- attuano particolari forme di sostegno per le Utenti in stato di gravidanza;
- attuano programmi di reinserimento lavorativo;
- supportano con programmi specifici i familiari degli Utenti, ove necessario.

#### Servizio Emergenza-Urgenza Sanitaria 118

Il Servizio territoriale di Emergenza-Urgenza Sanitaria (S.E.U.S.) gestisce la Centrale operativa del 118, numero di telefono gratuito, attivo 24 ore su 24, attraverso il quale si attiva il soccorso sanitario. Il servizio 118 si fonda su un'organizzazione complessa, che coinvolge diverse professionalità, commisurata alle esigenze del territorio, per popolazione ed estensione, la cui efficienza, tuttavia, è subordinata al suo corretto utilizzo da parte dell'utente. Affinché il soccorso sia sempre tempestivo ed efficace occorre quindi ricorrere al servizio 118 solo nelle reali situazioni di emergenza o urgenza, rivolgendosi alle altre articolazioni dell'assistenza sanitaria sul territorio in tutti gli altri casi.

---

<sup>4</sup> Legge Regionale n.27 del 06.09.1999 "Istituzione e Disciplina del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche nelle Aziende USL"

Si riporta di seguito l'assetto territoriale della rete emergenza-urgenza sanitaria 118:

- Centrale Operativa 118 con sede a Fasano
- n.5 Automediche (Fasano, Ostuni, Francavilla F.na, Mesagne, Brindisi-centro)
- n.20 postazioni mezzi territoriali (ambulanze) di cui n.16 in configurazione India (Infermiere + n.2 soccorritori) e n.4 in configurazione Victor (n.2 soccorritori) per carenza di infermieri

Area Nord	Area Sud
1- Fasano (India)	1- Brindisi Centro (India)
2- Cisternino (India)	2- Brindisi-Perrino (India)
3- Ostuni (India)	3- Brindisi-Porto (India)
4- Ceglie M. (India)	4- Mesagne (India)
5- Carovigno (India)	5- San Pietro V.co (India)
6- Speciale (Victor)	6- Francavilla (India)
	7- San Vito dei Normanni (India)
	8- Torre Santa Susanna (India)
	9- Latiano (India)
	10- Oria (India)
	11- San Pancrazio (India)
	12- Tutturano (Victor)
	13- Sandonaci (Victor)
	14- Villa Castelli (Victor)

Il personale medico 118 (28 unità in servizio su 66 unità previste in organico – 38 carenze) presta servizio in Centrale Operativa ed Automedica. Le postazioni fisse 118 - ex-PPIT (Fasano, Cisternino, Ceglie, Mesagne e San Pietro V.co) sono state riconvertite dalla Regione Puglia in postazioni mobili 118 (DGR n. 1119 del 31/07/2024): operano con la presenza degli infermieri (mezzi India) con il supporto del medico di centrale.

## C) ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'assistenza ospedaliera viene erogata attraverso i Presidi Ospedalieri, che garantiscono la continuità assistenziale in un sistema a rete capace di fornire, in un'organizzazione integrata, livelli di assistenza di medio-alta specializzazione.

Di seguito le competenze delle strutture ospedaliere aziendali:

- la gestione integrata degli spazi e delle risorse umane e tecnologiche, anche attraverso la gestione della mobilità interna del personale, per raggiungere il migliore servizio al costo più contenuto;
- la sperimentazione e l'adozione di modalità organizzative che consentano il raggiungimento dei risultati attesi;
- il coordinamento e lo sviluppo delle attività cliniche, di ricerca, di studio e sulla qualità delle prestazioni;
- il miglioramento delle condizioni di umanizzazione delle strutture interne con particolare riferimento alla diffusione ed al rispetto dello Statuto dei diritti del Malato, alla diffusione delle informazioni agli Utenti sull'uso delle strutture, agli orari di accesso e al comfort degli Utenti.

Presso la ASL di Brindisi sono attive le seguenti strutture ospedaliere:

- Ospedale di II livello di Brindisi (che dal 01.12.2024 comprende anche la piena gestione del Centro Neuromotulesi di Ceglie)
- Ospedale di I livello di Francavilla Fontana;
- Ospedale di base di Ostuni.

L'assistenza ospedaliera viene assicurata sul territorio provinciale anche dalle seguenti strutture, classificate nel "Privato Accreditato":

- Casa di Cura Salus di Brindisi
- I.R.C.C.S. Medea di Ostuni

### I Sistemi di controllo

Il controllo ordinario di natura amministrativa e contabile, è finalizzato a garantire il rispetto della regolarità, legittimità e correttezza della gestione è attribuito al Direttore Generale, fermo restando le competenze del Collegio Sindacale.

Il Sistema dei controlli interni è lo strumento che supporta l'organo di vertice nel conseguimento degli obiettivi aziendali in termini di efficienza, economicità e trasparenza. Il suddetto organo è tecnicamente supportato:

- dalla UOC Programmazione e Controllo di Gestione, che è una struttura in staff alla Direzione Strategica che grazie al Sistema informativo Aziendale - correlato al relativo sistema di Reporting - consente di condividere in modo sistematico, organizzato e cadenzato i dati di monitoraggio e di controllo della spesa sanitaria;

- la UOSD Risk Management e la UOSD UVARP, anch'esse strutture in staff alla Direzione Strategica, che presidiano la qualità delle prestazioni direttamente erogate e la sicurezza degli Assistenti, operano nell'ambito del Sistema di controllo la Struttura Qualità.

La gestione del complesso sistema di governo aziendale è supportato da un sistema informativo, orientato al continuo miglioramento dei servizi, all'ottimizzazione delle procedure organizzative e alla razionalizzazione dell'uso delle risorse.

La piena funzionalità delle tecnologie e strumenti informatici garantiscono la razionalizzazione delle attività ed una maggiore efficienza dei servizi. La centralizzazione dei vari flussi informativi consente la elaborazione sia specifica che complessiva dei vari centri erogativi aziendali. Inoltre la partecipazione e la divulgazione delle informazioni anche ai medici di medicina generale, ai pediatri di famiglia ed ai medici delle strutture erogatrici può supportare la realizzazione di una corretta ed efficace gestione del budget di distretto.

Il D. Lgs. n. 150 /2009, ha stabilito che ogni Amministrazione deve dotarsi di un Organismo indipendente di Valutazione delle Performance.

Tale organismo sostituisce i servizi di controllo interno, comunque denominati, di cui al D. Lgs. 30 luglio 1999, n. 286 ed esercita in piena autonomia le attività di seguito indicate:

- o Monitora il funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso;
- o Comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché alla Corte dei Conti, all'Ispettorato per la funzione pubblica e alla Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle Amministrazioni Pubbliche;
- o Valida la Relazione sulla Performance e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'Amministrazione;
- o Garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione del personale, nonché dei correlati premi, secondo quanto previsto dal D.Lgs. 150/2009, dai CCNL, dai contratti integrativi, dai Regolamenti interni all'amministrazione, nel rispetto dei principi di valorizzazione del merito e della professionalità;
- o Propone all'organo di indirizzo politico-amministrativo, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi della retribuzione di risultato;
- o È responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dalla Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle Amministrazioni Pubbliche;
- o Promuove ed attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;
- o Verifica i risultati e le buone pratiche di promozione di pari opportunità.

La ASL BR, con Deliberazioni n. 2046 del 09.08.2023 ha nominato l'Organismo Indipendente di Valutazione in carica per tre anni, rinnovabili una sola volta.

Con Deliberazione n. 1874/2013 è stata costituita, ai sensi dell'art. 14, comma 9° del D. Lgs. n. 150/2009, la Struttura Tecnica Permanente di supporto all'Organismo Indipendente di Valutazione, la cui composizione è stata recentemente aggiornata con Delibera n. 447 del 18.02.2025.

## Situazione economico finanziaria

Per quanto riguarda lo stato di “salute finanziaria” dell’Azienda, l’analisi organizzativa e la ricognizione quantitativa delle risorse strumentali, economiche e umane disponibili condizionano il raggiungimento degli obiettivi strategici e degli obiettivi operativi.

In tale contesto la cognizione dello “stato di salute finanziaria” deve essere inteso in termini di equilibri finanziari, economici e patrimoniali, tenendo conto dei vincoli di bilancio e del sistema contabile.

L’ASL elabora il proprio Bilancio di esercizio in ottemperanza alle disposizioni vigenti (D.Lgs.118/2011) in materia di contabilità ed ai principi contabili nazionali ed alle disposizioni civilistiche.

La valutazione delle voci di bilancio è inoltre, effettuata ispirandosi ai criteri generali di prudenza e competenza. Il Bilancio viene redatto con chiarezza e rappresenta in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria dell’Azienda ed il risultato economico dell’esercizio.

Oltre al bilancio consuntivo annuale la ASL predispone il Bilancio Economico preventivo e i Conti Economici trimestrali, in conformità alle disposizioni nazionali e regionali.

Nella tabella seguente è riportato in modo sintetico il confronto tra i Valori economici rilevati nel Bilancio Economico Preventivo 2025 ed i valori di cui al “Pre-consuntivo 2024” (in quanto il Bilancio d’esercizio è adottato entro il 30.04 dell’anno successivo a quello di riferimento come previsto dal D.Lgs.118/2011).



		<i>valori espressi in €</i>		
<b>Bilancio Economico Preventivo 2025</b>		<b>-41.959.527</b>		
<b>CE IV Trimestre 2024</b>		<b>-62.200.494</b>		
<b>Differenza (Minore perdita)</b>		<b>20.240.967</b>		
<b>Spiegazione delle differenze:</b>		<i>Scostamento al 31.12</i>	<i>CE IV Trimestre 2024</i>	<i>Variazione %</i>
<b>Maggior</b>	<b>Saldo Assegnazione regionale netta</b>	<b>33.720.764</b>	<b>689.971.557</b>	<b>4,9%</b>
Maggior	Assegnazione regionale (Assegnazione indistinta ed ulteriori risorse)	<b>32.823.470</b>	<b>772.125.411</b>	<b>4,3%</b>
Minor	Mobilità attiva	<b>0</b>	<b>40.920.420</b>	<b>0,0%</b>
Minor	Mobilità passiva	<b>-897.294</b>	<b>123.074.274</b>	<b>-0,7%</b>
<b>Minori</b>	<b>Valore della produzione al netto dell'assegnazione e mobilità attiva</b>	<b>-13.155.916</b>	<b>41.849.305</b>	<b>-31,4%</b>
Minori	A.1) Contributi in c/esercizio	-4.069.832	15.340.208	-26,5%
Maggiori	A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-6.463.007	0	100,0%
Minori	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	-80.982	401.023	-20,2%
Minori	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	-419.237	4.378.689	-9,6%
Minori	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	-334.455	957.556	-34,9%
Minori	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	-848.190	4.831.724	-17,6%
Minori	A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	-921.375	14.098.857	-6,5%
Minori	A.9) Altri ricavi e proventi	-18.836	1.841.248	-1,0%
<b>Maggior</b>	<b>Costo della produzione al netto della mobilità passiva</b>	<b>675.847</b>	<b>772.471.489</b>	<b>0,1%</b>
Maggiori	B.1) Acquisti di beni	6.838.033	160.440.191	4,3%
Minori	B.2) Acquisti di servizi	-8.916.357	329.114.427	-2,7%
	<i>Maggiori costi per B.2.A.1) per medicina di base</i>	2.659.280	45.626.817	5,8%
	<i>Minori costi per B.2.A.2) per farmaceutica</i>	-106.400	56.107.737	-0,2%
	<i>Minori costi per B.2.A.3) per assistenza specialistica</i>	-1.998.235	24.065.528	-8,3%
	<i>Minori costi per B.2.A.4) per assistenza riabilitativa</i>	-436.506	8.749.164	-5,0%
	<i>Maggiori costi per B.2.A.5) per assistenza integrativa</i>	68.701	2.662.352	2,6%
	<i>Minori costi per B.2.A.6) per assistenza protesica</i>	-11.429	7.472.030	-0,2%
	<i>Minori costi per B.2.A.7) assistenza ospedaliera</i>	-10.320.390	19.319.067	-53,4%
	<i>B.2.A.8) Maggiori costi per assistenza psichiatrica residenziale e semiresidenz.</i>	572.472	22.808.431	2,5%
	<i>Minori costi per B.2.A.9) Acquisto prestazioni di distribuz. farmaci e File F</i>	0	0	0,0%
	<i>Minori costi per B.2.A.10) Acquisto prestazioni termali in convenzione</i>	-853.423	2.415.721	-35,3%
	<i>Minori costi per B.2.A.11) Acquisto prestazioni trasporto sanitari</i>	-202.888	13.247.572	-1,5%
	<i>Maggiori costi per B.2.A.12) Acquisto prestaz. Socio-Sanitarie a rilevanza sanit.</i>	279.262	31.086.480	0,9%
	<i>Minori costi per B.2.A.13) Compar.al personale per att. Libero-prof. (intram.)</i>	-56.929	2.476.720	-2,3%
	<i>Minori costi per B.2.A.14) Rimborsi, assegni e contributi sanitari</i>	-3.699.578	5.357.783	-69,1%
	<i>Maggiori costi per B.2.A.15) Consulenze, Collabor., altre prest. lavoro sanit.e sociosanit.</i>	1.683.094	3.590.394	46,9%
	<i>Maggiori costi per B.2.A.16) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria</i>	358.361	2.794.255	12,8%
	<i>Maggiori costi per B.2.B) Servizi non sanitari</i>	3.148.251	81.334.376	3,9%
Minori costi per	B.3) Manutenzioni e riparazioni	0	18.340.963	0,0%
Maggiori costi per	B.4) Godimento beni di terzi	16.740	6.252.302	0,3%
Maggiori costi per	B.5-8) Personale dipendente	8.475.301	222.116.355	3,8%
Maggiori costi per	B.9) Oneri diversi di gestione	162.585	3.556.977	4,6%
Minori costi per	B.10-11) Totale Ammortamenti	-763.303	14.285.521	-5,3%
Minori costi per	B.12) Svalutazione dei crediti	0	0	0,0%
Minori costi per	B.13) Variazione delle rimanenze	-1.343.843	1.343.843	-100,0%
Minori costi per	B.14) Accantonamenti tipici dell'esercizio	-3.793.310	17.020.911	-22,3%
<b>Minori</b>	<b>Oneri e proventi finanziari</b>	<b>-7.960</b>	<b>-12.140</b>	<b>65,6%</b>
<b>Minori</b>	<b>Rettifiche di valore di attività finanziarie</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>
<b>Maggiori</b>	<b>Proventi ed oneri straordinari</b>	<b>206.905</b>	<b>-4.502.189</b>	<b>-4,6%</b>
<b>Minori</b>	<b>Imposte e tasse</b>	<b>-153.019</b>	<b>17.035.538</b>	<b>-0,9%</b>
<b>Differenza riconciliata</b>		<b>20.240.967</b>	<b>-62.200.494</b>	<b>-32,5%</b>

La tabella sopra esposta evidenzia un Bilancio Economico Preventivo 2025 in perdita; tale risultato, in estrema sintesi, è influenzato:

- positivamente da un maggior saldo dell'assegnazione regionale netta, dai minori costi per assistenza specialistica, dai minori costi per assistenza riabilitativa, dai minori costi per assistenza ospedaliera, dai minori costi per assistenza termale, da minori costi per rimborsi, assegni e contributi sanitari, dal minor valore della variazione delle rimanenze, degli ammortamenti e degli accantonamenti tipici dell'esercizio.

- negativamente dai minori contributi in c/esercizio, dalle rettifiche contributi in conto esercizio per destinazione agli investimenti, dai minori Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria, dai minori ricavi per Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket), dalla minore quota per contributi c/capitale imputata all'esercizio (correlata ad una riduzione degli ammortamenti) e dai maggiori costi per medicina di base, dai maggiori costi per assistenza psichiatrica residenziale e semiresidenziale, ai maggiori costi per consulenze, collaborazioni e altre prestazioni di lavoro sanitario e sociosanitario, ai maggiori costi per personale dipendente, per accantonamenti tipici dell'esercizio;

E' opportuno specificare, di seguito, le disposizioni di riferimento utilizzate per la elaborazione del Bilancio Economico Preventivo 2025:

- Disposizioni del Codice Civile.
- Principi Contabili Nazionali (OIC).
- Leggi regionali n. 36 del 28.12.1994 e n. 38 del 30.12.1994 che fissano le norme sull'assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere.
- DGR n. 317 del 1 marzo 2011, ad oggetto: Art. 39 della L.R. n° 4/2010 "Norme in materia di sistemi informativi ed obblighi informativi. Approvazione Scadenziario 2011 e Mappa dei flussi informativi", recepita con apposita Deliberazione del Direttore Generale n. 1856 del 30 giugno 2011, con la quale è stato regolamentato lo scadenziario flussi informativi per adempimenti contabili, affinché sia garantita la tempestività e l'accuratezza dei dati economici trasmessi da tutte le diverse strutture aziendali.
- Delibera del Direttore Generale n. 1856 del 30.06.2011 ad oggetto "Deliberazione della Giunta Regionale n. 317 del 1 marzo 2011, ad oggetto: "Art. 39 della L.R. n. 4/2010 "Norme in materia di sistemi informativi e obblighi informativi". Approvazione Scadenziario 2011 e Mappa dei Flussi Informativi". Regolamentazione scadenziario flussi informativi per adempimenti contabili.
- Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118 ad oggetto "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42".
- D.M. 15 giugno 2012 del Ministero della salute, ad oggetto "Nuovi modelli di rilevazione economica "Conto Economico (CE) e "Stato Patrimoniale" (SP) delle aziende del Servizio Sanitario nazionale", che prevede l'adozione dei nuovi modelli a partire dall'anno 2012.
- Nota prot. AOO\_168\_0000956 del 08.11.2012 della Regione Puglia - Area Politiche per la promozione della salute, delle persone e delle pari opportunità - Servizio Gestione accentrata finanza sanitaria regionale ad oggetto "Adozione del nuovo piano dei conti unificato di contabilità generale per il SSR" che precisa che "*il piano dei conti entra in vigore ufficialmente dal primo gennaio 2013*".
- Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 30 marzo 2013 pubblicato sulla gazzetta ufficiale il 15.04.2013 come supplemento ordinario ad oggetto Modifica degli schemi dello Stato patrimoniale, del Conto economico e della Nota integrativa delle Aziende del Servizio Sanitario nazionale.

- Nota prot.AOO\_168\_000509 del 16.04.2013 della Regione Puglia - Servizio Gestione Accentrata Finanza Sanità, ad oggetto "Accantonamento Ferie non godute - Bilancio d'esercizio".
- Nota prot. AOO\_005/000310 del 17.06.2015 dell'Area Politiche per la promozione della salute delle persone e delle pari opportunità, ad oggetto "Conto Economico 2014 – Sistema Informativo NSIS" con cui la Regione Puglia comunicava "...che al fine di non alterare il consolidato nazionale della Sanita, il Ministero della Salute, durante la verifica ai sensi dell'art. 1 comma 174 della legge 311/2004 sul bilancio preconsuntivo 2014, tenutasi il 26 marzo u.s. presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, ha confermato che nei modelli CE da inserire nel sistema informativo ministeriale (NSIS) vanno escluse le componenti sociali..".
- Nota prot. AOO\_168\_2016\_1039 del 28.10.2016 della Sezione Gestione Accentrata Finanza Sanitaria Regionale ad oggetto "Modelli CE trimestrali – Obblighi ed adempimenti".
- Note AOO\_RP Protocollo N.0604841 del 05/12/2024 ad oggetto "Linee operative per l'adozione del Bilancio di Previsione 2025 e scadenze" della Sezione Amministrazione Finanza e Controllo del Dipartimento promozione della salute, del benessere sociale e dello sport per tutti della Regione Puglia e da comunicazioni successive pervenute con nota protocollo di entrata n. 0020059 del 24/02/2025.

La tabella seguente evidenzia il maggior valore, rispetto al CE IV trimestre 2024, delle risorse economiche nette ad oggi assegnate alla scrivente ASL.

	Descrizione	Bilancio Economico Preventivo 2025	CEIV Trimestre 2024	Bilancio d'esercizio 2023	Bilancio Economico Preventivo 2025 / CEIV trimestre 2024	Bilancio Economico Preventivo 2025 / Bilancio d'esercizio 2023
		(a)	(b)	(c)	(a-b)	(a-c)
(1)	Assegnazione indistinta	777.049.478	754.555.000	724.424.890	22.494.478	52.624.588
(2)	Mobilità Attiva Intraregionale	36.836.890	36.836.890	36.836.890	0	0
(3)	Mobilità Attiva Interregionale	4.083.530	4.083.530	4.083.530	0	0
(4)	Totale mobilità attiva (2)+(3)	40.920.420	40.920.420	40.920.420	0	0
(5)	Totale mobilità attiva e assegn. (4)+(1)	817.969.898	795.475.420	765.345.310	22.494.478	52.624.588
(6)	Mobilità Passiva Intraregionale	87.161.376	84.911.152	85.013.696	2.250.224	2.147.680
(7)	Mobilità Passiva Interregionale	35.015.604	38.163.122	27.671.394	-3.147.518	7.344.210
(8)	Totale mobilità passiva (6)+(7)	122.176.980	123.074.274	112.685.090	-897.294	9.491.890
(9)	Altre assegnazioni regionali	24.234.561	17.370.411	23.954.311	6.664.150	-1.719.750
	<b>Totale assegnazione netta (5)-(8)+(9)</b>	<b>720.027.479</b>	<b>689.971.557</b>	<b>678.614.531</b>	<b>30.055.922</b>	<b>41.412.948</b>

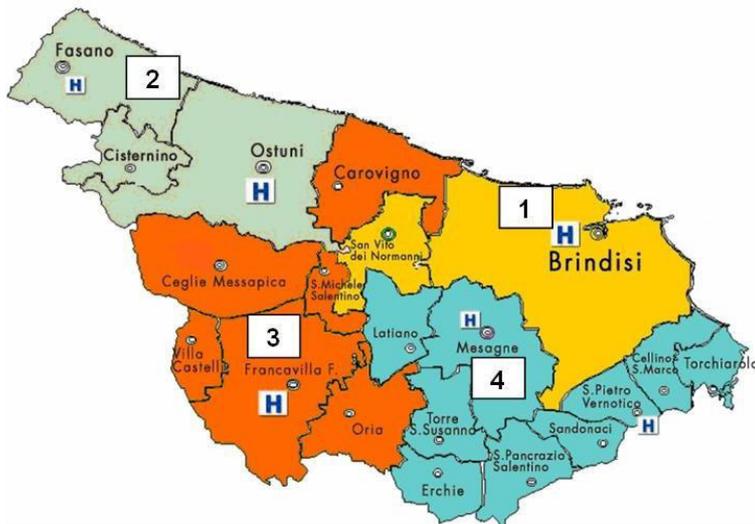
Le suddette risorse, unitamente ai programmati interventi sui costi indicati dalla Regione Puglia nelle note sopra richiamate, consentono la redazione di un Bilancio Economico Preventivo con un risultato in perdita. In tal modo quest'Azienda nel 2025 potrà garantire all'utenza l'erogazione dei servizi sanitari richiesti, nei limiti dei Livelli Essenziali di Assistenza e delle disposizioni normative vigenti.

## Analisi del contesto Esterno

### Contesto territoriale

L'ambito territoriale della ASL BR coincide con la provincia di Brindisi. Confina a Nord con la provincia di Bari, a Sud con la provincia di Lecce, a Sud-Ovest con quella di Taranto. Comprende 20 Comuni ed è suddiviso per competenza in n. 4 Distretti Socio-Sanitari.

- Distretto n. 1: Brindisi, San Vito dei Normanni;
- Distretto n. 2: Fasano, Cisternino, Ostuni;
- Distretto n. 3: Francavilla Fontana, Carovigno, Ceglie Messapica, Oria, San Michele Salentino, Villa Castelli;
- Distretto n. 4: Mesagne, Cellino San Marco, Erchie, Latiano, San Donaci, San Pancrazio Salentino, San Pietro Vernotico, Torre Santa Susanna, Torchiarolo.



Popolazione residente nella Provincia	2021	2022	2023
Maschi	184.396	183.723	182.788
Femmine	196.877	195.759	194.452
<b>Totale</b>	<b>381.273</b>	<b>379.482</b>	<b>377.240</b>

Fonte: Estrazione dati ISTAT al 10.01.2025

Indicatori Sociodemografici

Il trend degli ultimi anni mostra una diminuzione costante della popolazione residente, distribuita su tutto il territorio provinciale secondo la seguente tabella:

Comune	Distribuzione della popolazione residente per Comune e per sesso al 1° gennaio								
	2021			2022			2023		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Brindisi	40.026	43.291	83.317	39.860	43.023	82.883	39.555	42.743	82.298
Carovigno	8.473	8.452	16.925	8.510	8.454	16.964	8.503	8.440	16.943
Ceglie Messapica	9.040	9.840	18.880	8.965	9.736	18.701	8.934	9.702	18.636
Cellino San Marco	2.924	3.246	6.170	2.900	3.197	6.097	2.867	3.156	6.023
Cisternino	5.386	5.845	11.231	5.350	5.809	11.159	5.319	5.776	11.095
Erchie	4.034	4.252	8.286	4.008	4.223	8.231	3.980	4.193	8.173
Fasano	19.011	19.932	38.943	18.937	19.878	38.815	18.919	19.805	38.724
FrancaVilla Fontana	17.091	18.155	35.246	16.965	18.041	35.006	16.851	17.908	34.759
Latiano	6.618	7.042	13.660	6.611	6.978	13.589	6.547	6.914	13.461
Mesagne	12.521	13.593	26.114	12.586	13.593	26.179	12.532	13.545	26.077
Oria	7.041	7.528	14.569	7.015	7.515	14.530	6.972	7.483	14.455
Ostuni	14.530	15.772	30.302	14.485	15.686	30.171	14.390	15.552	29.942
San Donaci	3.005	3.211	6.216	3.001	3.183	6.184	2.984	3.170	6.154
San Michele Salentino	3.009	3.125	6.134	2.989	3.100	6.089	2.979	3.100	6.079
San Pancrazio Salentino	4.535	4.851	9.386	4.485	4.820	9.305	4.412	4.718	9.130
San Pietro Vernotico	6.300	6.856	13.156	6.243	6.785	13.028	6.283	6.730	13.013
San Vito dei Normanni	8.818	9.449	18.267	8.731	9.381	18.112	8.687	9.244	17.931
Torchiarolo	2.576	2.665	5.241	2.616	2.658	5.274	2.626	2.654	5.280
Torre Santa Susanna	4.954	5.197	10.151	4.958	5.180	10.138	4.965	5.129	10.094
Villa Castelli	4.504	4.575	9.079	4.508	4.559	9.067	4.483	4.490	8.973
<b>Totale</b>	<b>184.396</b>	<b>196.877</b>	<b>381.273</b>	<b>183.723</b>	<b>195.799</b>	<b>379.522</b>	<b>182.788</b>	<b>194.452</b>	<b>377.240</b>

Fonte: Estrazione dati ISTAT al 10.01.2025

<b>Popolazione residente per Distretto</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
Distretto 1	101.584	100.995	100.229
Distretto 2	80.476	80.145	79.761
Distretto 3	100.833	100.357	99.845
Distretto 4	98.380	98.025	97.405

Fonte: Estrazione dati ISTAT al 10.01.2025

Si riportano di seguito alcuni indicatori socio-sanitari riferiti al territorio di competenza dell'ASL BR

Indicatori demografici della popolazione al 1° gennaio	2021		2022		2023		2024	
	Brindisi	Puglia	Brindisi	Puglia	Brindisi	Puglia	Brindisi	Puglia
tasso di natalità (per mille abitanti)	6,3	6,7	6,6	6,7	6,2	6,6	..	..
tasso di mortalità (per mille abitanti)	11,5	11,8	12,3	11,4	12,3	11,1	..	..
crescita naturale (per mille abitanti)	-5,2	-5,1	-5,7	-4,7	-6	-4,6	..	..
tasso di nuzialità (per mille abitanti)	3,9	3,8	4	3,7	3,7	3,4	..	..
saldo migratorio interno (per mille abitanti)	-1,6	-1,7	-3	-2,9	-3,1	-2,8	..	..
saldo migratorio con l'estero (per mille abitanti)	2,5	2,3	2,9	2,9	2,3	2,6	..	..
saldo migratorio per altro motivo (per mille abitanti)	2,5	1,8	..	..	..	..	..	..
saldo migratorio totale (per mille abitanti)	3,4	2,4	-0,1	0	-0,8	-0,2	..	..
tasso di crescita totale (per mille abitanti)	-1,8	-2,7	-4,6	-3,9	-6,1	-4,4	..	..
numero medio di figli per donna	1,14	1,2	1,21	1,22	1,16	1,2	..	..
età media della madre al parto	31,9	32,2	31,9	32,3	32,1	32,5	..	..
speranza di vita alla nascita - maschi	80,4	79,9	80,4	80,6	80	80,8	..	..
speranza di vita a 65 anni - maschi	19	18,5	18,9	19,1	18,8	19,4	..	..
speranza di vita alla nascita - femmine	85	84,2	84,4	84,6	84,9	84,8	..	..
speranza di vita a 65 anni - femmine	22,1	21,5	21,5	22	22	22,1	..	..
speranza di vita alla nascita - totale	82,6	82	82,4	82,6	82,4	82,8	..	..
speranza di vita a 65 anni - totale	20,5	20	20,2	20,6	20,4	20,8	..	..
popolazione 0-14 anni al 1° gennaio (valori percentuali) - al 1° gennaio	12,2	12,8	12	12,5	11,8	12,3	11,6	12,1
popolazione 15-64 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio	63,8	64,1	63,7	64,1	63,5	63,9	63,3	63,7
popolazione 65 anni e più (valori percentuali) - al 1° gennaio	24	23,1	24,4	23,4	24,7	23,8	25,1	24,2
indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) - al 1° gennaio	56,7	56	57,1	56,1	57,5	56,5	58	57
indice di dipendenza degli anziani (valori percentuali) - al 1° gennaio	37,5	36,1	38,2	36,6	38,9	37,3	39,7	38,1
indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio	196	181,1	203,3	187	209,8	193,6	217,5	200,8
età media della popolazione - al 1° gennaio	46,1	45,4	46,4	45,7	46,7	46	47	46,4

Fonte: dati ISTAT

Popolazione straniera residente al 1 gennaio anni 2022-2024											
	2021		2022			2023			2024		
Sesso	M	F	M	F	T	M	F	T	M	F	T
<b>Italia</b>	2.524.644	2.468.202	2.562.514	2.503.716	2.517.539	2.623.802	5.141.341	2.602.650	2.651.008	5.253.658	
<b>Puglia</b>	68.893	69.254	65.919	135.173	72.793	69.352	142.145	76.964	70.323	147.269	
<b>Brindisi</b>	6.023	5.997	5.325	11.322	6.529	5.785	12.314	6.887	5.859	12.746	

Fonte: dati ISTAT

Come evincibile dalle precedenti tabelle, nel 2024 il numero di stranieri residenti nella provincia di Brindisi e nel territorio pugliese è aumentato rispetto agli anni precedenti, con riferimento sia agli uomini che alle donne.

E' altresì interessante rappresentare i dati relativi ai decessi per causa di morte della provincia di Brindisi relativi all'anno 2022 (ultimo dato disponibile)

Tab.1.4 Decessi per cause di morte anno 2022

<b>Causa di morte</b>	<b>femmine</b>	<b>maschi</b>	<b>totale</b>
alcune malattie infettive e parassitarie	43	39	82
malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	5	5	10
malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	14	4	18
malattie dell'apparato genitourinario	43	41	84
alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	2	3	5
malformazioni congenite ed anomalie cromosomiche	2	1	3
sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	88	70	158
cause esterne di traumatismo e avvelenamento	95	98	193
tumori	450	545	995
Covid-19	158	169	327
malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	16	9	25
malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	156	113	269
disturbi psichici e comportamentali	94	56	150
malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	109	106	215
malattie del sistema circolatorio	914	621	1535
malattie del sistema respiratorio	174	228	402
malattie dell'apparato digerente	66	69	135
<b>Totale</b>	<b>2429</b>	<b>2177</b>	<b>4606</b>

Fonte: <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=19053#>

**Sezione 2:  
Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione**

## **Sezione 2.1: Valore Pubblico**

In questa sottosezione, sono definiti i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici, dell'ASL BR correlati anche ai documenti di programmazione finanziaria adottati.

Gli obiettivi strategici aziendali generali e specifici sono delineati dalle varie fonti normative regionali che hanno un diverso grado di vincolo, ma tutte ugualmente convergenti nell'orientare l'azione aziendale secondo la direzione tracciata dalla Giunta Regionale, finalizzata a generare il cosiddetto "Valore Pubblico" dell'azione amministrativa pubblica. A tal proposito è importante, infatti, richiamare la Deliberazione di Giunta Regionale 02/08/2019 n. 1487, con cui è stato approvato lo schema di contratto di prestazione d'opera intellettuale da stipularsi con i Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali del Servizio Sanitario Regionale della Puglia, ed in particolare l'art. 4 ("Obiettivi") dello stesso schema di contratto, stabilisce che, fermi restando gli obiettivi vincolanti a pena di decadenza allo stesso allegati, il Direttore Generale è tenuto al rispetto degli obiettivi di mandato indicati nell'atto di nomina e degli obiettivi gestionali di carattere economico-finanziario e di salute individuati dalla Giunta Regionale con apposito provvedimento.

Pertanto, gli obiettivi strategici aziendali scaturiscono dalle seguenti disposizioni regionali:

- Deliberazione della Giunta Regionale n.1487 del 2 agosto 2019 ad oggetto "Schemi di contratto approvati con la D.G.R. n. 320 del 13/3/2018 per i Direttori Generali delle Aziende ed Enti del S.S.R. - Integrazione e nuova approvazione", nell'ambito della quale sono stati definiti gli Obiettivi vincolanti a pena di decadenza dei Direttori Generali delle ASL pugliesi.
- Deliberazione della Giunta Regionale n.1237 del 10/08/2023 ad oggetto "D.Lgs. n. 171/2016 s.m.i. – L.R. n. 15/2018. Nomina Direttore Generale dell'ASL BR", contenente gli Obiettivi di mandato del Direttore Generale.
- Delibera di Giunta Regionale n.1558 del 13 novembre 2023, ad oggetto "Definizione e assegnazione degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. biennio 2023 -2024", ha adottato ed assegnato ai Direttori Generali gli obiettivi economico-gestionali per il biennio 2023-2024.

I suddetti provvedimenti, i cui dettagli saranno rappresentati in maniera più specifica nella seguente sezione 2.2 "Piano Triennale della Performance 2023-2025" a cui si rimanda, individuano ed assegnano alle Aziende Sanitarie e Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi. Alla data di redazione del presente documento non risultano essere stati definiti gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R, per il triennio 2025-2027

## **Sezione 2.2: Piano triennale della Performance 2025-2027**

## Finalità

Con il Piano della Performance, documento di programmazione dell'Azienda Sanitaria previsto dal Decreto Legislativo 27 Ottobre 2009, n. 150 e successiva modificazione ed integrazione introdotta dal D.Lgs. n. 74 del 25 maggio 2017, l'Azienda stabilisce e documenta verso il proprio interno e verso l'esterno, le strategie per migliorare costantemente i servizi offerti, in un quadro di sempre più adeguato assolvimento alla propria "mission" istituzionale, rendendole coerenti sia alle normative generale e particolare di settore che alle indicazioni programmatiche del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale.

A tal proposito si evidenzia che l'ASL BR con Delibera del Direttore Generale n.1103 del 06/07/2015 ha adottato il "Sistema di misurazione e valutazione delle performance ai sensi degli artt. 7, 8 e 9 del d.lg.s n. 150/2009 e s.m.i.". Occorre precisare che sono in corso le attività di aggiornamento di detto documento.

Così come previsto dall'art. 10, lett. a) del citato Decreto Legislativo in senso stretto, il Piano della Performance costituisce . . . il documento programmatico triennale, ... che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi ... e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'Azienda, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori".

Il Piano si articola su un orizzonte temporale triennale e viene adottato ad inizio dell'esercizio economico, entro il 31 gennaio; esso è un documento dinamico che, per l'anno corrente, dettaglia anche la relativa programmazione. Così come previsto dal Titolo II del D.Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150, il Piano delle Performance è lo strumento che dà avvio al ciclo della Performance.

In applicazione di quanto esplicitamente previsto dall'Art. 4 del D.Lgs., il Piano descrive il sistema di "Corporate Governance" adottato dall'Azienda Sanitaria per implementare nel Servizio Sanitario pubblico il famoso Ciclo di Deming: "Plan-Do-Check-Act" (in italiano "Pianificare - Fare – Verificare – Agire"), identificandone gli elementi essenziali mediante:

- definizione degli obiettivi prefissati per ciascuno dei servizi offerti, coerentemente con il quadro normativo generale e quello particolare di tutela della Salute Pubblica e coerentemente con gli indirizzi stabiliti dal Servizio Sanitario Nazionale e Regionale (disclosure and transparency);
- esplicitazione della possibilità di conseguire tali obiettivi con le risorse economico-finanziarie assegnate (sustainability);
- descrizione degli indicatori con cui sarà misurato il livello di conseguimento degli obiettivi ed indicazione del valore target affinché la performance possa essere considerata soddisfacente (accountability);
- esposizione delle modalità con cui verranno eseguite le misurazioni degli indicatori con lo scopo, laddove possibile in corso d'esercizio, di introdurre misure correttive (auditability);

- descrizione delle modalità di attuazione del processo di “budgeting”, ossia della procedura tecnico-amministrativa con cui gli obiettivi del Piano, previa valutazione il più possibile condivisa, vengono declinati assieme agli indicatori di misurazione degli stessi ed assegnati a ciascuna struttura e, per ciascuna, vengono individuate e garantite le risorse necessarie al loro conseguimento;
- esposizione del sistema di valutazione del personale dipendente dirigenziale e del comparto, che renda la performance individuale correlabile sia ai livelli di performance conseguiti dalla struttura di appartenenza che alla prestazione e competenza del singolo dipendente.

Finalità della Pianificazione è quella di rendere espliciti, per il triennio di riferimento - sia nei confronti degli “shareholders” SSN/SSR, che nei confronti degli “stakeholders” cittadini ed in particolare utenti, operatori, associazioni di volontariato, ecc., i livelli dell’assistenza ospedaliera, territoriale e collettiva che l’Azienda Sanitaria intende assicurare, anche al di là dei livelli essenziali dell’assistenza da garantire per Legge.

Il Piano della Performance quindi, da un canto definisce i propri elementi fondamentali:

- definizione degli obiettivi ed indicatori aziendali;
- declinazione ed assegnazione degli stessi alle strutture, secondo un processo che ne massimizzi la condivisione;
- descrizione del processo di auditing e dell’introduzione di azioni correttive, e dall’altro fornisce le basi per i processi di valutazione e rendicontazione della performance, secondo le previsioni dell’Art. 5, Comma 2, dell’Art.6 e dell’Art. 7 del D.Lgs. su “ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e dell’efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”.

Il presente Piano della Performance ottempera, altresì, alle indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione che, in base alle disposizioni della Legge 190/2012 e del Decreto Legislativo 33/2013, chiede alle Amministrazioni Pubbliche di armonizzare la programmazione di performance, trasparenza e anticorruzione, mediante l’integrazione del ciclo della performance con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all’integrità e in generale alla prevenzione della corruzione.

## Contenuti

Il Piano risulta articolato nel rispetto di quanto previsto al capitolo 3 della Delibera A.N.A.C. n. 112 del 28/10/2010, con i relativi allegati, emanata dalla Commissione per la Valutazione e la Trasparenza e l’Integrità delle Amministrazioni Pubbliche.

In coerenza con quanto previsto dall’articolo 10 comma 1 del D.Lgs 150/2009, all’interno del presente Piano sono stati riportati e messi in relazione missione e mandato istituzionale aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi aziendali con relativi indicatori.

La ASL di Brindisi ha inteso elaborare il proprio Piano delle Performance in modo tale da rappresentare un ciclo della Performance attendibile e rispondente alle reali esigenze del Sistema- salute del territorio di

riferimento. Data la valenza triennale del Piano, occorre fissare in modo approfondito e solido i cardini della struttura del presente strumento, che è aggiornabile annualmente e sottoposto a periodica verifica.

## Principi generali relativi al Piano

Il Piano Triennale della Performance dell'ASL Brindisi è stato redatto in conformità con le indicazioni del D.lgs. 150/2009 e le indicazioni fornite dall'ANAC con deliberazione n. 122/2010.

Il Piano risulta ispirato ai Principi generali di seguito riportati.

**Immediata intelligibilità.** Al fine di garantire facilità di comprensione a tutti gli stakeholders interessati, sia esterni (quali istituzioni, utenti, cittadini, associazioni di categoria, ecc.) che interni (dipendenti), il piano viene elaborato in modo chiaro e in forma schematica, rinviando le parti specifiche agli allegati tecnici, opportunamente richiamati nel testo per garantire rintracciabilità e verificabilità dei contenuti.

**Trasparenza.** In applicazione dell'art.11, comma 8 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, l'ASL Brindisi provvede alla pubblicazione del Piano della Performance aziendale in apposita sezione del proprio sito Istituzionale, di facile accesso e consultazione, denominata "Amministrazione Trasparente".

**Veridicità e verificabilità.** Per ciascun indicatore di misurazione e di valutazione della performance individuato nel piano, ne viene indicata la fonte di provenienza. I dati che alimentano gli indicatori sono tutti tracciabili. Al fine di garantire la verificabilità del processo seguito, vengono inoltre definite le fasi, i tempi, e le modalità del processo per la predisposizione del Piano e per la sua eventuale revisione infra-annuale nel caso in cui intervenissero situazioni o eventi straordinari. Vengono altresì individuati gli attori coinvolti (organi di indirizzo politico-amministrativo, dirigenti e strutture) e i ruoli.

**Partecipazione.** Il Piano viene definito attraverso la partecipazione attiva del personale dirigente nonché attraverso l'interazione con gli stakeholder esterni dei quali vengono individuate, raccolte e recepite aspettative ed attese. Al fine di assicurare una maggiore diffusione, inoltre, il Piano sarà oggetto di presentazioni, nelle sedi e nelle forme ritenute più opportune nell'ambito di apposite giornate della trasparenza, alle associazioni degli utenti e alle organizzazioni sindacali.

**Coerenza interna ed esterna.** Al fine di rendere il Piano effettivamente attuabile, i contenuti dello stesso sono coerenti con il contesto di riferimento (coerenza esterna) e con gli strumenti e le risorse (umane, strumentali, finanziarie) disponibili (coerenza interne).

**Orizzonte pluriennale.** L'arco temporale di riferimento del Piano è il triennio, con scomposizione in obiettivi annuali, secondo una logica di scorrimento. La struttura del documento consente il confronto negli anni del Piano con la Relazione sulla Performance di cui all'art. 10 comma 1 lettera b) del D.lgs. 150/2009 che evidenzia a consuntivo e con riferimento all'anno precedente, i risultati conseguiti rispetto ai singoli

obiettivi programmati ed alle risorse disponibili, con la rilevazione degli eventuali scostamenti ed il bilancio di genere realizzato.

## Riferimenti Normativi

Il Piano risulta redatto nel rispetto, oltre che della normativa specifica sulla Performance delle Pubbliche Amministrazioni di cui al D.lgs. 27 ottobre 2009, n.150, "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, dell'altra normativa e giurisprudenza di riferimento in ambito nazionale, che di seguito viene riportata.

Lo stesso risulta armonizzato, altresì, con la normativa in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni.

- D.lgs. n. 502/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n.421" e ss.mm.ii. di cui in particolare quelle introdotte dal D.Lgs. 299/1999 e Legge di recepimento Regione Puglia 28 dicembre 1994, n.36 "norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del d.lgs. 30 dicembre 1992, n.502"
- D. Lgs. n.150 del 27 ottobre 2009, ad oggetto "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";
- Delibera n.88/2010 ANAC "Linee guida per la definizione degli standard di qualità";
- Delibera n.89/2010 ANAC "Indirizzi in materia di parametri e modelli di riferimento del Sistema di misurazione e valutazione della performance";
- Delibera n.104/2010 ANAC "Definizione dei sistemi di misurazione e valutazione della performance entro il 30 settembre 2010";
- Delibera n.112/2010 ANAC "Struttura e modalità di relazione del Piano della performance";
- Delibera n.114/2010 ANAC "Indicazioni applicative ai fini della redazione del Sistema di misurazione e valutazione della performance";
- Legge Regionale n.1/2011, ad oggetto "Norme in materia di ottimizzazione e valutazione della produttività del lavoro pubblico e di contenimento dei costi degli apparati amministrativi nella Regione Puglia";
- Delibera n.1/2012 ANAC "Linee guida relative al miglioramento dei Sistemi di misurazione e valutazione della performance e dei Piani della performance";
- Delibera n.4/2012 ANAC "Linee guida relative alla Relazione degli OIV sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni e sull'Attestazione degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità";
- Delibera n.5/2012 ANAC "Linee guida ai sensi dell'art.13, comma 6, lettera b), del D.lgs. n. 150/2009, relative alla struttura e alla modalità di redazione della Relazione sulla performance di cui all'art.10, comma 1, lettera b), dello stesso decreto";
- Delibera n.6/2012 ANAC "Linee guida per la validazione da parte degli OIV della Relazione sulla performance";

- Delibera n.23/2013 ANAC “Linee guida agli adempimenti di monitoraggio degli OIV e alla Relazione degli OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni”;
- Delibera n.50/2013 ANAC “Linee guida per l’aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l’integrità 2014-2016”.
- D. Lgs. 97/2016 ANAC “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche” (FOIA TRASPARENZA, accesso agli atti).
- D. Lgs. n. 74 del 25 maggio 2017 ad oggetto “Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n. 124”;
- Regione Puglia gli obiettivi di economico gestionali assegnati alle Aziende Sanitari Locali con Deliberazione n.1558 del 13 novembre 2023, ad oggetto “Definizione e assegnazione degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. biennio 2023 -2024”.

Nei paragrafi successivi, vengono presentati i dati di relativi all’attività erogata dalle diverse strutture dell’Asl Brindisi. Detti dati si riferiscono agli anni 2023 e 2022 in quanto i dati riguardanti il 2024 sono in corso di consolidamento.

## A) ATTIVITA' DI PREVENZIONE

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura della ASL preposta alla prevenzione collettiva, promozione e tutela della salute pubblica da diversi rischi di natura infettiva, igienico-ambientale, sanitaria, alimentare e lavorativa.

Tale missione viene attuata con nuove modalità di intervento che, partendo da una puntuale analisi delle attese sociali (domanda-bisogni), attraverso l'adozione di un modello organizzativo che prevede il metodo programmatico e la verifica della qualità dei risultati, eroga prestazioni integrate e multidisciplinari, tali da avere, a medio-lungo termine, un impatto positivo sui livelli di salute della popolazione.

Il Dipartimento di Prevenzione si propone di fornire una risposta unitaria ed efficace alla tutela della salute della popolazione inserita in un contesto socio-economico ambientale e culturale in continua evoluzione.

L'erogazione delle prestazioni sanitarie sul territorio è strutturata per "ambiti territoriali", individuati, a seconda delle competenze istituzionali dei singoli Servizi, in funzione dei bisogni espressi dal territorio.

### *Servizio di Igiene e Sanità pubblica (S.I.S.P.).*

Si riportano qui di seguito le principali prestazioni erogate dal S.I.S.P. (certificazioni medico-legali, patenti, porto d'armi, adozione, vaccinazioni, contrassegno invalidi, ecc.) nel biennio 2022-2023 così come estratte dal sistema informativo CUP aziendale:

Codice struttura	Struttura	N. Prestazioni		Valore		Differenza			
		Anno 2023	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2022	Val. Ass. Anno 2023	Val. Ass. Anno 2022	Var. % Anno 2023	Var. % Anno 2022
1001	AZ. USL BR1 - UFF. IGIENE	13.615	15.805	274.097	314.911	- 2.190	- 40.814	-1%	-13%

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 12 gennaio 2017 di approvazione dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza, al Capo II "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", art.2, lett.a) include le attività e le prestazioni volte a tutelare la salute e la sicurezza della comunità da rischi infettivi, ambientali, legati alle condizioni di lavoro, correlati agli stili di vita. Sono inclusi in questo livello gli interventi di prevenzione organizzati in programmi di popolazione, quindi le vaccinazioni organizzate in programmi che hanno lo scopo di aumentare le difese immunitarie della popolazione (come quelle incluse nel Piano Nazionale Vaccini) e gli screening oncologici.

### **ATTIVITÀ DI PROFILASSI E SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INFETTIVE E PREVENZIONE VACCINALE**

Con riferimento al piano vaccinale si evidenzia che il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale ha uniformato in tutte le Regioni italiane l'offerta vaccinale ed ha raccolto gli impegni assunti da Stato e Regioni nel favorire la promozione di attività finalizzate alla "prevenzione attiva", attribuendo allo Stato il ruolo di coordinamento con le Regioni di Piani di sorveglianza, prevenzione attiva e formazione continua degli operatori.

Il Piano Nazionale è recepito dalla Regione Puglia approva il proprio Calendario Vaccinale per la Vita in coerenza con i principi e gli obiettivi posti dal citato PNPV

Andamento coperture vaccinali:

	Dati al 31.12.2019	Dati al 31.12.2020	Dati al 31.12.2021	Dati al 31.12.2022	Dati al 31.12.2023
<b><i>Copertura vaccinale a 24 mesi</i></b>					
Esavalente (3 dosi)	95,30%	94,94%	95,51%	94,72%	95,14%
MPR (1 dose)	94,60%	95,26%	95,34%	95,12%	95,14%
Antipneumococco (3 dosi)	91,20%	91,42%	92,07%	91,55%	91,33%
Meningococco ACWY	85,60%	89,05%	89,22%	86,92%	84,25%
Meningococco B (3 dosi)	87,80%	77,62%	78,78%	78,02%	85,01%
Rotavirus	66,90%	70,58%	75,80%	79,07%	75,71%
Varicella (1 dose)	93,50%	94,50%	94,63%	94,31%	94,39%
<b><i>Richiami vaccinali a 5/6 anni</i></b>					
MPR (2 dosi)	88,70%	90,77%	88,58%	91,93%	92,96%
DTaP (4° dose)	88,10%	89,16%	87,20%	91,19%	92,12%
Varicella (2 dosi)	84,50%	87,90%	85,72%	89,06%	90,40%
<b><i>Vaccinazione HPV (12 anni F)</i></b>					
HPV (2 dosi)	71,20%	59,91%	65,86%	66,30%	67,31%
<b><i>Richiami vaccinali adolescenti (16 anni)</i></b>					
MPR (2 dosi)	87,30%	91,31%	94,81%	95,23%	96,22%
IPV	74,00%	78,42%	72,72%	79,46%	81,71%
Meningococco ACWY	74,90%	79,70%	85,37%	84,45%	84,80%
<b><i>Vaccini Over 65</i></b>					
Antinfluenzale	54,56%	48,20%	59,80%	55,30%	54,30%

L'analisi e il monitoraggio dei dati relativi alle coperture vaccinali è garantito dalla U.O.S.D. Epidemiologia del Dipartimento di Prevenzione.

La tabella evidenzia che nel corso degli anni, in numerosi casi è stato raggiunto un livello di copertura superiore all'80%. Tale risultato è stato ottenuto grazie al capillare lavoro di sensibilizzazione della popolazione, con numerosi eventi rivolti alla popolazione svolti su tutto il territorio della Provincia di Brindisi, facilitati dall'entrata in vigore dell'obbligo vaccinale.

Sempre nell'ambito della prevenzione delle malattie infettive opera il Centro di Medicina dei Viaggi, strutturato su 3 ambulatori operanti a Brindisi, a Fasano e a Mesagne.

L'attività del Centro si concretizza nel fornire informazione e consulenza ai viaggiatori, con l'indicazione delle precauzioni da adottare in base ai rischi specifici delle destinazioni da raggiungere, oltre all'esecuzione delle

vaccinazioni richieste. Il Servizio possiede l'autorizzazione del Dipartimento della Prevenzione del Ministero della Salute ad effettuare la vaccinazione contro la Febbre Gialla (anti-amarillica) ed al rilascio del relativo certificato ad uso internazionale.

### **ATTIVITÀ DI SCREENING**

Con DGR n. 1768 del 24 settembre 2013 la Regione Puglia ha disposto di dare continuità alle attività avviate ed espletate nel Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012, approvando, tra l'altro, i percorsi scientifici per la organizzazione degli screening oncologici, a seguito del quale la ASL di Brindisi, con Deliberazione n. 1180 del 23/06/2014, ha tracciato i percorsi organizzativi aziendali.

Con successiva DGR n. 2255 del 28 ottobre 2014 la Regione Puglia ha trasferito formalmente alle ASL pugliesi la responsabilità dell'intera gestione degli screening (che rientrano nei LEA) in tutte le fasi del procedimento, a partire dalla chiamata attiva della popolazione target e sino alla presa in carico del paziente risultato positivo.

In ogni ASL pugliese tale attività è presidiata dal Dipartimento di Prevenzione il quale si fa carico delle attività di screening di primo livello con lo sviluppo delle azioni coordinate di promozione, sensibilizzazione ed informazione alla popolazione sui programmi di screening oncologici (mammografico, cervico-uterino e del colon retto).

A tal fine la sopra citata DGR 2255/2014 ha dato mandato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie di riorganizzare il servizio, adeguando, laddove necessario, le dotazioni organiche specificatamente dedicate alle attività di screening.

Sulla base delle indicazioni fornite dal predetto atto, l'Azienda ha adottato la deliberazione n. 2273 22/12/2014 che modificava ed integrava la precedente (n. 1180 del 23/06/2014), a seguito della quale si è dato avvio alle attività propedeutiche, prima fra tutte il reperimento di personale dedicato, per la pratica attuazione dei programmi.

Si riportano di seguito i dati relativi all'attività di screening svolta a partire dall'anno 2014<sup>5</sup>:

---

<sup>5</sup> REGIONE PUGLIA - DIPARTIMENTO DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE - Protocollo in USCITA numero: r\_puglia/AOO\_005/PROT/03/03/2023/0001830

<b>Screening del carcinoma della mammella</b>		
Anno	Estensione (%)	Adesione (%)
2014	45,73	71,95
2015	51,53	66,78
2016	53,7	61,16
2017	79,15	70,76
2018	97,78	48,7
2019	99,47	71,9
2020	51,59	42,67
2021	67,42	65,45
2022	124	67
2023	103	56,7

<b>Screening del carcinoma cervico uterino</b>		
Anno	Estensione(%)	Adesione (%)
2015	16	/
2016	16	/
2017	95,32	34,39
2018	113	41,55
2019	91	34,8
2020	47,83	24,65
2021	54,06	52,54
2022	141	52
2023	101,3	50,1

<b>Screening del carcinoma del colon-retto</b>		
Anno	Estensione(%)	Adesione (%)
2015	/	/
2016	/	/
2017	/	/
2018	/	
2019	17	3,8
2020	23,61	15,9
2021	40,5	23,3
2022	73	18
2023	86,1	21,2

#### **SISTEMA DI SORVEGLIANZA “PROGRESSI DELLE AZIENDE SANITARIE PER LA SALUTE IN ITALIA” (PASSI)**

Si tratta di una raccolta continua e sistematica di dati che permette di avere informazioni su alcune dimensioni dello stato di salute della popolazione, spesso poco conosciute. Tale progetto costituisce uno strumento per la

programmazione e la successiva valutazione degli interventi mirati alla prevenzione di importanti malattie croniche e alla promozione di stili di vita sani.

I principali argomenti oggetto dell'indagine sono: attività fisica, fumo, alimentazione, consumo di alcool, sicurezza stradale, screening del tumore della mammella, del collo dell'utero e del colon retto; sono raccolti anche dati su alcune variabili demografiche e sulla percezione dello stato di salute;

Il cambiamento culturale che sta alla base del PASSI è quello di passare da un sistema che misura la quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie a uno che ascolta direttamente i bisogni di salute percepiti.

## **TUTELA DELL'AMBIENTE**

Il SISP svolge attività nel campo della prevenzione del danno ambientale rilasciando pareri su richiesta di Enti o Privati, partecipando ai tavoli tecnici del gruppo di lavoro Regionale "Valutazione del Danno Sanitario" nell'Area di Brindisi ai sensi della L.R. 21/2012" con le analisi delle attività emmissive degli insediamenti industriali inclusi nell'all. "C" del R.R. 3 Ottobre 2012 n. 24, la stima del rischio sanitario, la caratterizzazione del rischio cancerogeno nonché la valutazione del quadro epidemiologico attraverso le stime più aggiornate disponibili di mortalità, ospedalizzazione ed incidenza dei tumori nella Provincia di Brindisi.

## **ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE**

Altra attività fondamentale svolta rientrando tra i compiti istituzionali dello stesso, è quella della verifica dei requisiti organizzativi, strutturali, tecnologici ed impiantistici delle strutture sanitarie.

Tale attività rientra nelle competenze del Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) coadiuvata ove se ne ravvisasse la necessità dal Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPeSAL) ed è indirizzata alla verifica delle strutture sanitarie sia per quanto riguarda i requisiti per l'autorizzazione all'esercizio, vale a dire l'atto con il quale alla struttura che eroga servizi e prestazioni sanitarie è consentito l'esercizio dell'attività, previa verifica del possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti.

Il personale del SISP effettua, inoltre, su incarico del Sezione Strategie e Governo dell'offerta della Regione Puglia, le verifiche in ordine al possesso degli ulteriori requisiti di qualità per l'accreditamento istituzionale delle strutture già autorizzate, insistenti in territori di altre ASL; ciò al fine di una maggiore obiettività ed imparzialità nell'operato.

## **SERVIZIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE (S.I.A.N.)**

Il Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione ha come compito fondamentale la tutela della salute della popolazione per gli aspetti legati all'alimentazione; si occupa pertanto della tutela della salute del cittadino consumatore, provvedendo al controllo sulla qualità e sicurezza degli alimenti ed a contrastare i fattori di rischio nutrizionale attraverso l'informazione e l'educazione sanitaria del cittadino e della popolazione nel suo complesso, nonché attraverso la formazione rivolta a tutto il personale preposto alla produzione e distribuzione di alimenti e bevande.

In particolare, garantisce le seguenti funzioni:

- vigilanza, sorveglianza e tutela igienico sanitaria di alimenti di origine vegetale, bevande ed acque potabili nelle attività di produzione, preparazione, deposito, distribuzione, somministrazione, vendita e trasporto;
- vigilanza e sorveglianza nelle attività di stoccaggio, distribuzione e vendita di prodotti fitosanitari;
- sorveglianza epidemiologiche delle malattie a trasmissione alimentare (MTA);
- sorveglianza e prevenzione nutrizionale per collettività e Cittadini ed educazione alimentare;
- controllo micologico e tossicologia alimentare.

<b>Attività</b>	<b>Anno 2020</b>	<b>Anno 2021</b>	<b>Anno 2022</b>	<b>Anno 2023</b>
N° di aziende censite	8.133	8.648	8.867	6.034 (*)
<b>Controllo Ufficiale</b>				
N° di aziende alimentari ispezionate	483	647	7 12	722
N° campionamenti di alimenti eseguiti	387	516	523	522
N° aziende alimentari con irregolarità	74	83	96	112
N° provvedimenti sanitari	67	91	33	67
N° notizie di reato	2	3	4	8
<b>Controllo Straordinario</b>				
N° totale ispezioni effettuate (per attività extra piano e progetti mirati)	36	563	83	0
N° provvedimenti amministrativi (per attività extra piano e progetti mirati)	43	47	26	0
N° segnalazioni per provvedimenti giudiziari - notizie di reato (per attività extra piano e progetti mirati)	0	1	1	0
<b>Funghi epigei freschi</b>				
N° controlli sanitari sui funghi epigei freschi destinati al commercio al dettaglio	132	146	153	183
<b>Acque destinate al consumo umano</b>				
N° ispezioni sulle acque destinate al consumo umano	86	94	104	67
N° campionamenti sulle acque destinate al consumo umano	258	318	336	264
N° campioni di acque destinate al consumo umano irregolari	14	22	28	12
N° provvedimenti per campioni di acque destinate al consumo umano irregolari	9	12	16	10
<b>Ricerca di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti</b>				
N° campionamenti eseguiti per la ricerca di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti	76	115	118	116
N° campioni eseguiti per la ricerca di residui di prodotti fitosanitari irregolari	1	3	4	7
N° esercizi che commercializzano prodotti fitosanitari in attività	53	82	84	54
N° esercizi che commercializzano prodotti fitosanitari controllati	36	28	22	19
N° di soggetti abilitati alla vendita di prodotti fitosanitari formati ai fini del rinnovo dell'abilitazione alla vendita di P.F.	16	24	26	104
N° campioni OGM	8	8	8	7
<b>Attività del centro di controllo micologico</b>				
N° di soggetti professionali formati ai fini della raccolta e riconoscimento di specie fungina	0	17	23	7
N° interventi per intossicazioni da funghi	9	1	2	3
N° persone intossicate da funghi	11	1	6	4
N° certificati di commestibilità per il commercio	121	333	342	183
N° certificati per i privati	336	172	198	94
<b>Celiachia</b>				
N° Corsi di formazione personale addetto al settore alimentare	1	2	5	5

## **SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO (S.P.ES.A.L.)**

Il Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro ha come compito fondamentale la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori negli ambienti di lavoro, attraverso le funzioni di controllo, vigilanza e di promozione della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro, allo scopo di contribuire alla prevenzione delle malattie professionali e degli infortuni sul lavoro e al miglioramento del benessere del lavoratore.

Garantisce le seguenti funzioni:

- tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro
- prevenzione delle malattie professionali
- conduzione di inchieste su infortuni e malattie professionali su richiesta dell’Autorità Giudiziaria e/o di propria iniziativa
- attività di igiene industriale, tossicologia, valutazione dei rischi, ergonomia ed organizzazione del lavoro
- vigilanza e controllo sulla sicurezza impiantistica nei settori edile, industriale ed in agricoltura
- Informazione, formazione ed assistenza dell’utenza in materia di igiene, sicurezza e salute nei luoghi di lavoro
- elaborazione e conduzione di programmi di ricerca per il miglioramento delle condizioni di salute e di igiene e sicurezza del lavoro
- elaborazione di programmi di promozione della salute nei luoghi di lavoro (workplace health promotion) tramite adozione di stili di vita sani
- valutazione dei luoghi di lavoro per il rilascio di pareri preventivi
- esame dei ricorsi avverso il giudizio di idoneità espresso dal Medico Competente a seguito di sorveglianza sanitaria

Allo SPeSAL è affidata inoltre la direzione del Coordinamento Provinciale di tutti gli organi di vigilanza operanti nella provincia composta dallo stesso Servizio di Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro della ASL, dalla direzione territoriale dell’Ispettorato Territoriale del Lavoro, INAIL, INPS, vigili del fuoco e ARPA. All’interno di tale organismo sono state coordinate le attività, individuate le priorità di intervento a livello territoriale, vengono redatti appositi piani operativi, definendo gli obiettivi specifici, gli ambiti territoriali, i settori produttivi e i tempi, utilizzando la banca dati INAIL (Flussi Informativi INAIL-REGIONI).

Si riportano qui di seguito i dati di attività per gli anni compresi tra il 2019 ed il 2023:

Attività	Risultato 2019	Risultato 2020	Variazione 2020 Vs 2019		Risultato 2021	Variazione 2021 Vs 2020		Risultato 2022	Variazione 2022 Vs 2021		Risultato 2023	Variazione 2023 Vs 2022	
			Val. Assol.	Valore %									
Controllo delle condizioni di lavoro nelle Unità Locali, coincidenti con le Posizioni Assicurative Territoriali così come definite dal sistema "Flussi informativi INAIL-Regioni"	484	329	-155	-32%	301	-28	-9%	434	133	44%	427	-7	-2%
Programmi delle aziende e dei cantieri da ispezionare sul territorio aziendale	173	148	-25	-14%	107	-41	-28%	149	42	39%	139	-10	-7%
Programmi delle aziende agricole e zootecniche da vigilare	16	5	-11	-69%	14	9	180%	44	30	214%	11	-33	-75%
Rilascio dei pareri ex art. 65 del D. Lgs 81/08, ex allegato IV punto 1.2.4 del D. Lgs 81/08, ex art. 63 comma 5 del D. Lgs 81/08;	95	86	-9	-9%	78	-8	-9%	93	15	19%	71	-22	-24%
Formazione degli operatori SPESAL	SI	SI			SI			SI			SI		
Progettazione di un laboratorio di igiene industriale					SI			SI			SI		
Assicurare il funzionamento dello sportello informativo per i lavoratori, i datori di lavoro, i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, con particolare riferimento alle microimprese	SI	SI			SI			SI			SI		
Assicurare l'esame dei ricorsi ex art.41 del D. Lgs 81/08 su istanza di parte del lavoratore o del datore di lavoro	22	23	1	5%	32	9	39%	33	1	3%	57	24	73%

## SERVIZI DI IGIENE ED ASSISTENZA VETERINARIA (S.I.A.V.): SIAV A, SIAV B, SIAV C.

### SIAV A - Sanità Animale Igiene e Assistenza Veterinaria Area A o di Sanità Animale

Il SIAV A (Servizio Veterinario di Sanità Animale) ha la responsabilità del controllo sanitario e delle anagrafi delle varie specie in ambito zootecnico al fine di eradicare le malattie infettive ed infestive, con particolare attenzione a quelle zoonotiche. Il Servizio effettua attività di monitoraggio dell'andamento dei piani Comunitari, Nazionali, Regionali, nonché l'aggiornamento costante dei dati nell'anagrafe nazionale delle singole specie.

A seguito delle attività svolte il S.I.A.V. A ha potuto accertare quanto segue:

- Gli **allevamenti bovini** sono tutti indenni per tubercolosi bovina e tutti ufficialmente indenni per brucellosi e leucosi bovina enzootica. Per la brucellosi bovina e per la leucosi bovina enzootica, l'Unione Europea ha riconosciuto il territorio della provincia di Brindisi ufficialmente indenne rispettivamente con Decreto n°2009/600/CE del 05.08.2009 e n°2011/277/UE del 10.05.2011.

Per il mantenimento di tali qualifiche, questo Servizio effettua i controlli così come previsto dal Regolamento UE 429/2016 e relativi D.L.

- Gli **allevamenti ovi-caprini** sono tutti ufficialmente indenni per brucellosi ed i controlli vengono effettuati nel rispetto delle normative vigenti.

- Gli **allevamenti di equini** vengono tutti sottoposti a controlli per l'anemia infettiva a scadenza triennale, essendo la Provincia a basso rischio.

- Gli **allevamenti suini** sono tutti accreditati per la pseudorabbia, si eseguono inoltre i piani di controllo per PSC e PSA

Entro il 31 dicembre di ogni anno, tutti gli allevamenti da riproduzione e da ingrasso vengono sottoposti a prelievo ematico, come previsto dalla normativa, affinché la provincia mantenga la qualifica di accreditamento per malattia Aujeszky.

- Nel settore avicolo l'attività prevede controlli per l'influenza aviaria mediante campionamento rappresentativo in incubatoi e svezzatoi, mentre per la salmonellosi sono effettuati tamponi cloacali e di pollina negli allevamenti di galline ovaiole da consumo e di polli da ingrasso.

- Per il settore apistico questo Servizio di Sanità Animale si occupa della vigilanza a campione nei riguardi delle malattie infettive e infestive che comportano mortalità delle api negli apiari con particolare attenzione alla presenza della *Aethina tumida* e della *Varroa*.

- Animali d'affezione / Controllo randagismo: sono state effettuate attività mirate al controllo e all'identificazione dei cani di proprietà con la registrazione e l'aggiornamento dell'anagrafe regionale.

Si riportano qui di seguito i dati di attività 2021-2023:

**PATRIMONIO ZOOTECNICO:**

	ALLEVAMENTI	CAPI	ALLEVAMENTI	CAPI	ALLEVAMENTI	CAPI
	2021	2021	2022	2022	2023	2023
<b>BOVINI</b>	292	7.360	299	7.440	280	7.320
<b>BUFALINI</b>	5	20	5	21	1	4
<b>SUINI</b>						
Riproduzione (ciclo aperto e chiuso)	72	1.110	95	1.306	61	755
Autoconsumo	105	210	96	192	56	35
<b>OVINI - CAPRINI</b>	424	22.436	419	20.447	375	16.237
<b>EQUINI</b>	1805	2835	1.823	1.905	1.778	2.325
<b>POLLAME</b>						
Riproduzione linea uovo	24	185.213	28	205.386	20	211.921
Allevamento familiare	33	730	35	750	48	
<b>RATITI</b>	1		1	0	1	10
<b>API</b>	152	Apiari 222	171	Apiari 283	185	Apiari 306
<b>PESCOLTURA</b>	2		2		2	16.850.000
<b>LAGOMORFI</b>			3	820	3	425
<b>CAMELIDI</b>			4		5	
<b>CANILI SANITARI</b>	5	51	6	92	6	103
<b>CANILI RIFUGIO</b>	10	1.060	10	884	10	829

Il Piano Locale dei Controlli ha quale obiettivo principale la definizione dei criteri e degli obiettivi di orientamento e miglioramento della programmazione dell'attività di controllo ufficiale rivolto alla garanzia della sicurezza alimentare dell'intera filiera ivi comprese la sanità e il benessere della popolazione animale.

Attraverso il coordinamento e l'integrazione funzionale dei Servizi SIAV-A e SIAV-C, che concorrono alla sicurezza alimentare, viene perseguito l'obiettivo del miglioramento delle azioni sanitarie, sia in termini di efficacia che di efficienza e del controllo completo e integrato dell'intera filiera alimentare.

**SIAV B - Igiene degli alimenti di origine animale**

Il Servizio Veterinario Area B si occupa del controllo delle materie prime di origine animale destinate a diventare alimento per il consumo umano.

Il suo obiettivo primario è la tutela della salute del consumatore, attraverso un accurato e minuzioso controllo sulla produzione, trasformazione, conservazione, trasporto, commercializzazione e distribuzione di tutti gli alimenti di origine animale e loro derivati.

Garantisce le seguenti funzioni:

- controllo su impianti di produzione, lavorazione, somministrazione, di carni, uova, prodotti della pesca, latte e derivati, miele, alimenti d'origine animale in genere;
- controllo nelle derrate alimentari per la ricerca di residui di antiparassitari, di altri prodotti inquinanti chimici ed individuazione di fattori di rischio da inquinamento ambientale;
- anagrafe di tutti gli impianti di produzione di alimenti di origine animale operanti sul territorio;
- controllo ufficiale dei prodotti alimentari di origine animale.

Si riportano qui di seguito alcuni dati di attività concernenti il PLC SIAV B per gli anni 2019-2023:

Indicatore	2019	2020	2021	2022	2023
Numero dei controlli minimi svolti per l'attuazione del Piano Nazionale Residui dell'anno di riferimento per la ricerca di residui negli alimenti di origine animale / n° dei controlli previsti dal medesimo Piano	4/4 (100%)	4/4 (100%)	6/6 (100%)	6/6 (100%)	11/11 (100%)
Numero di campioni ufficiali effettuati dalla ASL / n° di campioni attribuiti all'ASL con PRIC per ciascuna delle 39 matrici in riferimento all'attuazione dell'Accordo Stato Regioni del 10 novembre 2016, rep 212	200/200 (100%)	184/190 (96,68%)	170/180 (94,44%)	180/180 (100%)	188/188 (100%)
Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di controlli ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabilita. (Numero di controlli minimi su OSA registrati ai sensi del Reg. CE 852/04 con tecniche di ispezione o audit	290/290 (100%)	210/210 (100%)	270/270 (100%)	282/282 (100%)	401/401 (100%)
Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di Controlli Ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabiliti dallo stesso Piano. (Numero di controlli minimi su OSA riconosciuti ai sensi del Reg. CE 853/04 con tecniche di ispezione o audit	190/190 (100%)	166/166 (100%)	184/184 (100%)	186/186 (100%)	259/259 (100%)

### **SIAV C - Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche**

Il Servizio Veterinario Area C vigila sul benessere degli animali sia da reddito che da affezione in allevamento e durante il trasporto, sull'utilizzo del farmaco veterinario, sulla riproduzione animale, sulla tutela dell'ambiente dall'allevamento intensivo, sulla produzione, commercializzazione e somministrazione dei mangimi e loro tracciabilità, sulla igiene delle produzioni del latte alla stalla e degli altri prodotti primari (miele, uova); controlla la raccolta, il trasporto, lo smaltimento dei Sottoprodotti di Origine animale comprese le carcasse animali. Focalizza l'attenzione su di un processo che prende le mosse dall'ambiente in cui un animale nasce, si riproduce, vive, e si conclude col ritorno delle sue spoglie all'ambiente stesso.

Si riportano qui di seguito i dati di attività relativi al periodo 2020- 2023:

Attività	Anno 2020	Anno 2021	Variazione 2021 Vs 2020		Anno 2022	Variazione 2022 Vs 2021		Anno 2023	Variazione 2022 Vs 2023	
			Val. Assol.	Valore %		Val. Assol.	Valore %		Val. Assol.	Valore %
Controlli sugli allevamenti e rivendite relative al Reg. CE 183/2005 PRAA (Ispezioni)	17	3	-14	-82%	98	95	3167%	84	-14	-14%
Farmacovigilanza	39	50	11	28%	111	61	122%	123	+12	+10%
N° di controlli di benessere animale in allevamento	28	47	19	68%	45	-2	-4%	48	+3	7%
N° di campionamenti di alimenti per animali previsti PRAA	52	52	0	0%	51	-1	-2%	51	0	0%
N° di campionamenti alimenti per consumo umano previsto dal PRR	34	33	-1	-3%	49	16	48%	29	-20	-41%
N° di controlli effettuati su sottoprodotti di origine animale	505	545	40	8%	249	-296	-54%	449	+200	+80%
N° di controlli sul benessere animale durante il trasporto di animali vivi	6	10	4	67%	31	21	210%	15	-16	-51%
N° di aziende sottoposte a Controlli sulla Condizionalità	46	47	1	2%	64	17	36%	77	+13	+20%
N° di aziende riconosciute Reg. CE 183/05 sottoposte ad Audit	2	2	0	0%	2	0	0%	2	0	0%
N° di aziende riconosciute Reg. CE 1069/09 sottoposte ad Audit	0	5	5		0	-5	-100%	5	+5	500%
N° di controllo sulla riproduzione animale	0	0	0		13	13		11	-2	-15%
N° di controlli ad hoc/segnalazioni/espositi	0	0	0		238	238		429	+191	+80%

B) ATTIVITÀ OSPEDALIERA

Di seguito si riportano ulteriori dati di attività ospedaliera riguardanti il biennio 2022-2023

Anno 2023 - Dimessi Presidi ASL BR

Stabilimento	2023						Day Hospital				
	Degenza Ordinaria						Day Hospital				
	Posti letto ordinari medi	Ricoveri ordinari	Giorni di degenza	Giorni di degenza media	Peso medio	% utilizzo posti letto	Posti letto DH medi	Ricoveri dh	Numero accessi	Numero medio accessi	Peso medio
FRANCAVILLA	138	4.058	25.786	6,4	1,10	51%	8	71	8	2	1,06
OSTUNI	82	1.553	12.427	8,0	1,25	42%	4	166	73	2	0,84
BRINDISI	763	17.951	169.002	9,4	1,19	61%	58	1.560	13.836	11	0,80
<b>Totale</b>	<b>983</b>	<b>23.562</b>	<b>207.215</b>	<b>8,8</b>	<b>1,18</b>	<b>58%</b>	<b>70</b>	<b>1.797</b>	<b>13.917</b>	<b>5</b>	<b>0,90</b>

Anno 2022- Dimessi Presidi ASL BR

Stabilimento	2022						Day Hospital				
	Degenza Ordinaria						Day Hospital				
	Posti letto ordinari medi	Ricoveri ordinari	Giorni di degenza	Giorni di degenza media	Peso medio	% utilizzo posti letto	Posti letto DH medi	Ricoveri dh	Numero accessi	Numero medio accessi	Peso medio
FRANCAVILLA	138	5.694	32.927	5,8	0,95	65%	8	79	2	2	1,27
OSTUNI	140	1.171	10.554	9,0	1,30	21%	4	15	14	1	0,71
BRINDISI	802	17.634	172.002	9,8	1,19	59%	58	1.736	12.775	10	0,80
<b>Totale</b>	<b>1.080</b>	<b>24.499</b>	<b>215.483</b>	<b>8,8</b>	<b>1,15</b>	<b>55%</b>	<b>70</b>	<b>1.830</b>	<b>12.791</b>	<b>4</b>	<b>0,93</b>

Differenze 2023-2022 - Dimessi Presidi ASL BR

Stabilimento	2023 vs 2022						Day Hospital				
	Degenza Ordinaria						Day Hospital				
	Posti letto ordinari medi	Ricoveri ordinari	Giorni di degenza	Giorni di degenza media	Peso medio	% utilizzo posti letto	Posti letto DH medi	Ricoveri dh	Numero accessi	Numero medio accessi	Peso medio
FRANCAVILLA	-	- 1.636	- 7.141	0,6	0,15	-14%	-	8	6	-	- 0,21
OSTUNI	- 58	382	1.873	1,0	- 0,05	21%	-	151	59	1	0,13
BRINDISI	- 39	317	- 3.000	0,3	-	2%	-	176	1.061	1	-
<b>Totale</b>	<b>- 97</b>	<b>- 937</b>	<b>- 8.268</b>	<b>0,0</b>	<b>0,03</b>	<b>3%</b>	<b>-</b>	<b>33</b>	<b>1.126</b>	<b>1</b>	<b>- 0,03</b>

Dai suddetti report si evince:

- una riduzione, nel 2023, del numero dei posti letto;
- una riduzione dei ricoveri in regime ordinario;
- una riduzione del numero delle giornate di degenza;
- un valore di degenza media costante;
- un aumento del tasso di utilizzo dei posti-letto.

Di seguito i dati di attività delle strutture private accreditate:

Anno 2023 - Dimessi Strutture Private ASL BR

Stabilimento	2023											
	Ordinari						Day Hospital					
	Posti Letto ordinari medi	Ricoveri ordinari	Giorni di degenza	Giorni di degenza media	Peso medio	% utilizzo Posti Letto	Posti Letto dh medi	Ricoveri dh	Numero accessi	Num. Medio accessi	Peso Medio	% utilizzo Posti Letto
Clinica Salus	60	1864	7888	4,23	1,2	36%						
IRCSS Medea	30	391	6734	17,22	0,9	61%						

Anno 2022 - Dimessi Strutture Private ASL BR

Stabilimento	2022											
	Ordinari						Day Hospital					
	Posti Letto ordinari medi	Ricoveri ordinari	Giorni di degenza	Giorni di degenza media	Peso medio	% utilizzo Posti Letto	Posti Letto dh medi	Ricoveri dh	Numero accessi	Num. Medio accessi	Peso Medio	% utilizzo Posti Letto
Clinica Salus	60	1916	8069	4,22	1,2	37%						
IRCSS Medea	30	294	4783	16,27	0,9	44%						

Differenze 2023-2022 - Strutture Private ASL BR

Stabilimento	Differenza 2023 / 2022											
	Ordinari						Day Hospital					
	Posti Letto ordinari medi	Ricoveri ordinari	Giorni di degenza	Giorni di degenza media	Peso medio	% utilizzo Posti Letto	Posti Letto dh medi	Ricoveri dh	Numero accessi	Num. Medio accessi	Peso Medio	% utilizzo Posti Letto
Clinica Salus	0	-52	-181	0,01	0,0	-1%						
IRCSS Medea	0	97	1951	0,95	0,1	18%						

Nel caso delle attività ospedaliera delle strutture private si registra una diminuzione rispetto al 2022 delle giornate degenza per la Clinica Salus; mentre per IRCSS Medea le giornate di degenza sono aumentate nel 2023 rispetto al 2022

Ospedali di Comunità

Relativamente agli ospedali di comunità si evidenzia nel 2023 un aumento rispetto l'anno precedente sia del numero dei pazienti che del numero delle giornate di degenza.

Ospedali di Comunità	posti letto	Trimestre	2022			2023		
			Num. Pazienti	Num. Giornate di Degenza	Età media	Num. Pazienti	Num. Giornate di Degenza	Età media
OSPEDALE DI COMUNITA' - CEGLIE MESSAPICA	12	I trimestre	10	101	82,6	30	423	74,43
		II trimestre	7	60	81,57	33	603	77,58
		III trimestre	13	82	77,62	14	96	74,21
		IV trimestre	14	163	68,93	18	316	72,44
OSPEDALE DI COMUNITA' - CISTERNINO	11	I trimestre	25	1150	76,16	44	416	79,30
		II trimestre	34	450	75,06	51	818	78,41
		III trimestre	54	717	78,3	44	719	79,30
		IV trimestre	35	454	72,49	35	726	74,71
OSPEDALE DI COMUNITA' - FASANO	12	I trimestre	36	465	75,06	40	716	76,90
		II trimestre	27	550	80,48	30	403	77,03
		III trimestre	22	355	77,77	23	371	81,26
		IV trimestre	22	458	78,91	27	488	75,59
OSPEDALE DI COMUNITA' - MESAGNE	10	I trimestre				8	59	75,63
		II trimestre				31	439	72,42
		III trimestre				30	276	72,90
		IV trimestre				31	492	71,45
<b>Totali</b>	<b>45</b>		<b>299</b>	<b>5005</b>	<b>77</b>	<b>489</b>	<b>7361</b>	<b>76,23</b>

### Ricoveri Residenti ASL BR e Mobilità Sanitaria passiva

L'assistenza sanitaria a favore degli assistiti residenti nel territorio della provincia di Brindisi è stata erogata anche da strutture sanitarie che non fanno capo all'ASL BR (mobilità sanitaria passiva).

A tal proposito si riportano di seguito i dati di mobilità sanitaria passiva infra ed extra regionale, relativi all'anno 2023 confrontati con i dati di mobilità passiva degli anni 2022 e 2019:

**Ricoveri Residenti ASL BR - ricoveri ed importi presso tutte le strutture sanitarie anno 2023/2022/2019**

<b>totale</b>										
luogo di cura	totale 2023		totale 2022		totale 2019		diff. 2023-2022		diff. 2023-2019	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Presidi a gestione diretta ASL BR	20.264	49,56%	21.214	52,40%	26.661	55,30%	-950	-2,83%	-6.397	-2,90%
Casa di Cura Salus	1.309	3,20%	1.329	3,28%	2.159	4,48%	-20	-0,08%	-850	-1,20%
Fondazione San Raffaele -Ceglie M.ca	552	1,35%	434	1,07%	574	1,19%	118	0,28%	-22	-0,12%
<b>sub totale strutture territorio ASL BR</b>	<b>22.125</b>	<b>54,12%</b>	<b>22.977</b>	<b>56,75%</b>	<b>29.394</b>	<b>60,97%</b>	<b>-852</b>	<b>-2,63%</b>	<b>-7.269</b>	<b>-4,22%</b>
MOBILITA' PASSIVA infra REGIONALE	13.996	34,23%	12.724	31,43%	13.459	27,92%	1272	2,81%	537	3,51%
MOBILITA' PASSIVA EXTRA REGIONALE	4.763	11,65%	4.787	11,82%	5.361	11,12%	-24	-0,17%	-598	0,70%
<b>totale</b>	<b>40.884</b>	<b>100,00%</b>	<b>40.488</b>	<b>100,00%</b>	<b>48.214</b>	<b>100,00%</b>	<b>396</b>	<b>0,00%</b>	<b>-7.330</b>	<b>0,00%</b>
Popolazione Brindisi - ISTAT	379.522		379.851		387.817		-329		-8.295	
<b>Tasso di ospedalizzazione</b>	<b>107,72</b>		<b>106,59</b>		<b>124,32</b>		<b>1</b>		<b>-17</b>	
indicazioni da relazione Ministero della Salute "Rapporto Annuale sull'attività di ricovero ospedaliero -tab. 5.2			dati SDO 2022 - aprile 2024		dati SDO 2018 - giugno 2019					
<b>Regione Puglia</b>			<b>106,26</b>		<b>124,89</b>					
<b>Nazionale</b>			<b>122,50</b>		<b>135,67</b>					

**regime ordinario**

luogo di cura	totale 2023		totale 2022		totale 2019		diff. 2023-2022		diff. 2023-2019	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Presidi a gestione diretta ASL BR	19.169	51,05%	19.955	53,90%	24.804	56,43%	-786	-2,84%	-5.635	-2,53%
Casa di Cura Salus	1.309	3,49%	1.329	3,59%	2.159	4,91%	-20	-0,10%	-850	-1,32%
Fondazione San Raffaele -Ceglie M.ca	328	0,87%	255	0,69%	386	0,88%	73	0,18%	-58	-0,19%
<b>sub totale strutture territorio ASL BR</b>	<b>20.806</b>	<b>55,41%</b>	<b>21.539</b>	<b>58,18%</b>	<b>27.349</b>	<b>62,22%</b>	<b>-733</b>	<b>-2,76%</b>	<b>-6.543</b>	<b>-4,04%</b>
MOBILITA' PASSIVA infra REGIONALE	13.064	34,79%	11.787	31,84%	12.436	28,29%	1277	2,96%	628	3,54%
MOBILITA' PASSIVA EXTRA REGIONALE	3.676	9,79%	3.697	9,99%	4.170	9,49%	-21	-0,20%	-494	0,50%
<b>totale</b>	<b>37.546</b>	<b>100,00%</b>	<b>37.023</b>	<b>100,00%</b>	<b>43.955</b>	<b>100,00%</b>	<b>523</b>	<b>0,00%</b>	<b>-6.409</b>	<b>0,00%</b>
Popolazione Brindisi - ISTAT	379.522		379.851		387.817		-329		-8.295	
<b>Tasso di ospedalizzazione</b>	<b>98,93</b>		<b>97,47</b>		<b>113,34</b>		<b>1</b>		<b>-14</b>	
indicazioni da relazione Ministero della Salute "Rapporto Annuale sull'attività di ricovero ospedaliero -tab. 5.2			dati SDO 2022 - aprile 2024		dati SDO 2019 - ottobre 2020					
<b>Regione Puglia</b>			<b>96,17</b>		<b>109,77</b>					
<b>Nazionale</b>			<b>95,53</b>		<b>104,38</b>					

**regime day hospital**

luogo di cura	totale 2023		totale 2022		totale 2019		diff. 2023-2022		diff. 2023-2019	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Presidi a gestione diretta ASL BR	1.095	32,80%	1.259	36,33%	1.857	43,60%	-164	-3,53%	-762	-7,27%
Casa di Cura Salus	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Fondazione San Raffaele -Ceglie M.ca	224	6,71%	179	5,17%	188	4,41%	45	1,54%	36	0,75%
<b>sub totale strutture territorio ASL BR</b>	<b>1.319</b>	<b>39,51%</b>	<b>1.438</b>	<b>41,50%</b>	<b>2.045</b>	<b>48,02%</b>	<b>-119</b>	<b>-1,99%</b>	<b>-726</b>	<b>-6,52%</b>
MOBILITA' PASSIVA infra REGIONALE*	932	27,92%	937	27,04%	1.023	24,02%	-5	0,88%	-91	3,02%
MOBILITA' PASSIVA EXTRA REGIONALE*	1.087	32,56%	1.090	31,46%	1.191	27,96%	-3	1,11%	-104	3,49%
<b>totale</b>	<b>3.338</b>	<b>100,00%</b>	<b>3.465</b>	<b>100,00%</b>	<b>4.259</b>	<b>100,00%</b>	<b>-127</b>	<b>0,00%</b>	<b>-921</b>	<b>0,00%</b>
Popolazione Brindisi - ISTAT	379.522		379.851		387.817		-329		-8.295	
<b>Tasso di ospedalizzazione</b>	<b>8,80</b>		<b>9,12</b>		<b>10,98</b>		<b>0</b>		<b>-2</b>	
indicazioni da relazione Ministero della Salute "Rapporto Annuale sull'attività di ricovero ospedaliero -tab. 5.2			dati SDO 2022 - aprile 2024		dati SDO 2019 - ottobre 2020					
<b>Regione Puglia</b>			<b>10,09</b>		<b>11,32</b>					
<b>Nazionale</b>			<b>26,87</b>		<b>29,12</b>					

La suddetta tabella evidenzia il fabbisogno di assistenza ospedaliera espressa dai residenti della provincia di Brindisi.

## C) ATTIVITA' SANITARIA AMBULATORIALE

Le direttive nazionali e regionali, emanate negli ultimi anni, dispongono il potenziamento dell'offerta territoriale come forme di assistenza alternative al ricovero ospedaliero ordinario. Questa tendenza si propone di spostare importanti risorse dalle strutture ospedaliere a quelle territoriali.

Anche in Puglia l'assistenza specialistica ambulatoriale rappresenta ormai la più diffusa modalità di accesso del cittadino al Sistema Sanitario Regionale.

L'incremento dell'offerta di prestazioni territoriali ha richiesto una rimodulazione organizzativa, al fine del raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche e la presa in carico del paziente da parte dello specialista ambulatoriale;
- organizzazione dell'offerta sanitaria e adeguamento della rete dei servizi;
- governo del rapporto tra domanda e offerta di servizi e prestazioni;
- maggiore controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni;
- introduzione di strumenti di governo clinico per la gestione delle liste di attesa di alcune prestazioni critiche.

	Numero prestazioni				Valore prestazioni			
	A	B	C=A-B		A	B	C=A-B	
STRUTTURE	2023	2022	Val. Ass.	Var. %	2023	2022	Val. Ass.	Var. %
Distretti	421.421	410.178	11.243	3%	12.364.438	12.647.060	- 282.622	-2%
Ospedali	2.646.437	2.232.166	414.271	19%	38.938.855	35.250.496	3.688.359	10%
<b>Totale</b>	<b>3.067.858</b>	<b>2.642.344</b>	<b>425.514</b>	<b>16%</b>	<b>51.303.293</b>	<b>47.897.556</b>	<b>3.405.737</b>	<b>7%</b>

Si evidenzia, innanzitutto, un incremento dell'attività nell'anno 2023 rispetto al 2022.

Prestazioni specialistiche ambulatoriali ospedaliere – anni 2022-2023

Si riporta di seguito la situazione delle prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture ospedaliere e si evidenzia che nel periodo in esame si è registrato un importante incremento

Prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate in ambito ospedaliero – anni 2023-2022

	N. Prestazioni				Importo Prestazioni			
	A	B	C=A-B		D	E	F=D-E	
	2023	2022	Delta	Delta%	2023	2022	Delta	delta%
OSP. BRINDISI - "A. PERRINO"	1.578.134	1.372.923	205.211	15%	27.689.030	25.369.319	2.319.711	9%
OSPEDALE SAN PIETRO	13.864	13.997	-133	-1%	453.137	469.870	-16.733	-4%
OSPEDALE FRANCAVILLA	756.034	644.403	111.631	17%	7.766.642	7.410.950	355.692	5%
OSPEDALE OSTUNI	298.405	200.843	97.562	49%	3.030.046	2.000.357	1.029.689	51%
<b>totale ASL BR OPEDALIERA</b>	<b>2.646.437</b>	<b>2.232.166</b>	<b>414.271</b>	<b>19%</b>	<b>38.938.855</b>	<b>35.250.496</b>	<b>3.688.359</b>	<b>10%</b>

Prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate in ambito distrettuale – anni 2023-2022

	N. Prestazioni				Importo prestazioni			
	A	B	C=A-B		D	E	F=D-E	
	2023	2022	delta	delta %	2023	2022	delta	delta %
Distretto n. 1	113.190	109.645	3.545	3%	1.926.858	1.730.451	196.407	11%
Distretto n. 2	121.869	123.275	- 1.406	-1%	3.732.758	4.089.985	- 357.227	-9%
Distretto n. 3	55.636	58.597	- 2.961	-5%	2.320.602	2.529.637	- 209.035	-8%
Distretto n. 4	130.726	118.661	12.065	10%	4.384.220	4.296.987	87.233	2%
<b>Tot. Asl Br Distrettuale</b>	<b>421.421</b>	<b>410.178</b>	<b>11.243</b>	<b>3%</b>	<b>12.364.438</b>	<b>12.647.060</b>	<b>- 282.622</b>	<b>-2%</b>

Prestazioni specialistica ambulatoriale territoriale – anni 2023-2022

	N. Prestazioni				Importo prestazioni			
	A	B	C=A-B		D	E	F=D-E	
	2023	2022	delta	delta %	2023	2022	delta	delta %
UOSD Servizio Pneumotisiologico	16.502	15.031	1.471	10%	342.512,15	319.060,01	23.452,14	7%
<b>Totale complessivo</b>	<b>16.502</b>	<b>15.031</b>	<b>1.471</b>	<b>10%</b>	<b>342.512,15</b>	<b>319.060,01</b>	<b>23.452,14</b>	<b>7%</b>

Sia per la specialistica ambulatoriale ospedaliera che distrettuale è da rilevare l'incremento negli anni dell'attività ambulatoriale in day service per prestazioni che in passato venivano trattate in regime di ricovero.

Strutture	tipo day service	Anno 2023		Anno 2022		2023 vs 2022	
		Num.prestazioni erogate	Valore (€)	Num.prestazioni erogate	Valore (€)	Num.prestazioni erogate	Valore (€)
ospedali	day service Chirurgico	4.813	4.080.491	4.124	3.323.407	689	757.084
	day service Medico	32.828	6.281.916	35.386	6.810.423	- 2.558	-528.507
<b>ospedali Totale</b>		<b>37.641</b>	<b>10.362.407</b>	<b>39.510</b>	<b>10.133.830</b>	<b>- 1.869</b>	<b>228.577</b>
Territorio	day service Chirurgico	6.112	4.512.757	6.164	4.657.569	- 52	-144.812
	day service Medico	5.199	493.021	4.143	451.458	1.056	41.563
<b>Territorio Totale</b>		<b>11.311</b>	<b>5.005.778</b>	<b>10.307</b>	<b>5.109.027</b>	<b>1.004</b>	<b>-103.249</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>48.952</b>	<b>15.368.185</b>	<b>49.817</b>	<b>15.242.857</b>	<b>- 865</b>	<b>125.328</b>

Con riferimento all'attività ambulatoriale si evidenzia che la stessa è organizzata secondo le indicazioni e le disposizioni regionali adottate nel tempo ed in coerenza con quanto previsto dal Piano di riordino ospedaliero.

L'assistenza territoriale erogata dai Distretti Socio Sanitari prevede che quest'ultimi siano articolati in Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) ed in ospedali di comunità.

Presso i Distretti Socio Sanitari dell'ASL BR sono attivi i PTA le cui delibere di istituzione sono le seguenti:

Per ciascun PTA le delibere di istituzione risultano:

PTA Ceglie Messapica delibera n. 3136 del 06/12/2011

PTA Cisternino delibera n. 215 del 02/02/2012

PTA Fasano delibera n. 550 del 27/03/2017

PTA Mesagne delibera n. 694 del 19/04/2017

In ciascun Distretto sono presenti i seguenti ambulatori:

DISTRETTI	AMBULATORI ATTIVI	CENTRI EROGAZIONE SERVIZI
<b>DSS BRINDISI</b>	EX "DI SUMMA"	1813 - CENTRO PRELIEVI
	POL. BRINDISI	4201 - TOSSICOLOGIA
		0101 - ALLERGOLOGIA
		0501 - ANGIOLOGIA
		0801 - CARDIOLOGIA
		0901 - CHIRURGIA GENERALE
		1201 - CHIRURGIA PLASTICA
		1401 - CHIRURGIA VASCOLARE
		1501 - MEDICINA DELLO SPORT
		1902 - DIABETOLOGIA
		1904 - SCIENZE DI ALIMENTAZIONE
		1905 - ENDOCRINOLOGIA
		2602 - MEDICINA GENERALE
		2901 - NEFROLOGIA
		3001 - NEUROCHIRURGIA
		3202 - NEUROLOGIA
		3401 - OCULISTICA
		3501 - ODONTOIATRIA
		3601 - ORTOPEDIA
		3701 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA
		3801 - OTORINO
		4301 - UROLOGIA
		5201 - DERMATOLOGIA
		5601 - FISIOKINESITERAPIA
		6801 - PNEUMOLOGIA
		6901 - RADIOLOGIA
		6931 - UOSD SENOLOGIA TERRITORIALE
		7101 - REUMATOLOGIA
	POL. SAN VITO DEI NORMANNI	0801 - CARDIOLOGIA
		1902 - DIABETOLOGIA
		3202 - NEUROLOGIA
		3217 - NEUROPSICOLOGIA
		3401 - OCULISTICA
	3601 - ORTOPEDIA	
	3801 - OTORINO	
	5201 - DERMATOLOGIA	
	5601 - FISIOKINESITERAPIA	

DISTRETTI	AMBULATORI ATTIVI	CENTRI EROGAZIONE SERVIZI
<b>DSS FASANO</b>	<b>POL. CISTERNINO</b>	0801 - CARDIOLOGIA
		1813 - CENTRO PRELIEVI
		1901 - ENDOCRINOLOGIA
		1902 - DIABETOLOGIA
		2101 - GERIATRIA
		3202 - NEUROLOGIA
		3401 - OCULISTICA
		3601 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
		3801 - OTORINO
		4301 - UROLOGIA
		5201 - DERMATOLOGIA
		5601 - FISIATRIA
		5801 - GASTROENTEROLOGIA
		6901 - RADIOLOGIA
		0801 - CARDIOLOGIA
		0901 - CHIRURGIA GENERALE
		1201 - CHIRURGIA PLASTICA
		1501 - MEDICINA DELLO SPORT
		1813 - CENTRO PRELIEVI
		1905 - ENDOCRINOLOGIA
		2101 - GERIATRIA
		2602 - MEDICINA GENERALE
		2901 - NEFROLOGIA
		2906 - EMODIALISI NEFROLOGIA
		3202 - NEUROLOGIA
		3401 - OCULISTICA
		3501 - ODONTOIATRIA
		3601 - ORTOPEDIA
		3701 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA
		3801 - OTORINO
		3901 - PEDIATRIA
		4301 - UROLOGIA
		5201 - DERMATOLOGIA
		5401 - EMODIALISI
		5601 - FISIATRIA
	5801 - GASTROENTEROLOGIA	
	6401 - ONCOLOGIA	
	6801 - PNEUMOLOGIA	
	6901 - RADIOLOGIA	
	7101 - REUMATOLOGIA	
	0801 - CARDIOLOGIA	
	0901 - CHIRURGIA GENERALE	
	1501 - MEDICINA DELLO SPORT	
	1902 - DIABETOLOGIA	
	2101 - GERIATRIA	
	3202 - NEUROLOGIA	
	3401 - OCULISTICA	
	3501 - ODONTOIATRIA	
	3801 - OTORINO	
	4301 - UROLOGIA	
	5201 - DERMATOLOGIA	
	5601 - FISIOKINESITERAPIA	
	5801 - GASTROENTEROLOGIA	

DISTRETTO	AMBULATORI ATTIVI	CENTRI EROGAZIONE SERVIZI
<b>DSS FRANCAVILLA FONTANA</b>	<b>POL. CAROVIGNO</b>	2101 - GERIATRIA
		3202 - NEUROLOGIA
		3401 - OCULISTICA
		3801 - OTORINO
		5201 - DERMATOLOGIA
		5601 - FISIOKINESITERAPIA
		5603 - MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE (FISIATRIA)
		0801 - CARDIOLOGIA
		0901 - CHIRURGIA GENERALE
		1813 - CENTRO PRELIEVI
	1903 - MALATTIE ENDOCRINE, DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZIONE	
	2101 - GERIATRIA	
	3202 - NEUROLOGIA	
	3401 - OCULISTICA	
	3501 - ODONTOIATRIA	
	3601 - ORTOPEDIA	
	3701 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	
	3801 - OTORINO	
	4001 - PSICOLOGIA	
	4301 - UROLOGIA	
	5201 - DERMATOLOGIA	
	5601 - FISIOKINESITERAPIA	
	5605 - FISIATRIA	
	5801 - GASTROENTEROLOGIA	
	6801 - PNEUMOLOGIA	
	6901 - RADIOLOGIA	
	6910 - TAC	
	0101 - ALLERGOLOGIA	
	0801 - CARDIOLOGIA	
	3401 - OCULISTICA	
	0101 - ALLERGOLOGIA	
	2101 - GERIATRIA	
	2901 - NEFROLOGIA	
	3801 - OTORINO	
	4301 - UROLOGIA	
	5201 - DERMATOLOGIA	
	5401 - EMODIALISI	
	5601 - FISIOKINESITERAPIA	
	5603 - MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE (FISIATRIA)	
	7101 - REUMATOLOGIA	
	1903 - MAL. ENDOCRINE RICAMBIO E NUTRIZIONE	
	3202 - NEUROLOGIA	
	3801 - OTORINO	
	4301 - UROLOGIA	
	5603 - MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE (FISIATRIA)	
	1903 - MAL. ENDOCRINE RICAMBIO E NUTRIZIONE	
	3401 - OCULISTICA	
	3801 - OTORINO	
	4301 - UROLOGIA	
	5201 - DERMATOLOGIA	
	5601 - FISIOKINESITERAPIA	
	5603 - MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE (FISIATRIA)	

DISTRETTI	AMBULATORI ATTIVI	CENTRI EROGAZIONE SERVIZI
DSS Mesagne	POL. ERCHIE	1804 - CENTRO PRELIEVI
	POL. MESAGNE	0003 - AMBULATORIO INFERMIERISTICO
		0801 - CARDIOLOGIA
		0901 - CHIRURGIA GENERALE
		0903 - ANESTESIA E RIANIMAZIONE
		0910 - DAY SERVICE DI CHIRURGIA GENERALE
		0932 - DAY SERVICE CHIRURGIA PLASTICA
		1401 - CHIRURGIA VASCOLARE
		1501 - MEDICINA DELLO SPORT
		1813 - CENTRO PRELIEVI
		1905 - ENDOCRINOLOGIA
		2101 - GERIATRIA
		2901 - NEFROLOGIA
		3202 - NEUROLOGIA
		3401 - OCULISTICA
		3402 - DAY SERVICE OFTALMOLOGICO TERRITORIALE
		3501 - ODONTOIATRIA
		3601 - ORTOPEDIA
		3701 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA
		3801 - OTORINO
		4001 - PSICOLOGIA
		4301 - UROLOGIA
		4309 - DAY SERVICE UROLOGIA
		5201 - DERMATOLOGIA
		5601 - FISIOKINESITERAPIA
		5801 - GASTROENTEROLOGIA
		6901 - RADIOLOGIA
		6902 - TAC
		6918 - RISONANZA MAGNETICA ARTROSCAN
	POL. SAN DONACI	1905 - ENDOCRINOLOGIA
	POL. SAN PANCRAZIO SALENTINO	3202 - NEUROLOGIA
		3801 - OTORINO
	POL. SAN PIETRO VERNOTICO	5201 - DERMATOLOGIA
		0003 - AMBULATORIO INFERMIERISTICO
		1804 - CENTRO PRELIEVI
		3501 - ODONTOIATRIA
		0101 - ALLERGOLOGIA
		0801 - CARDIOLOGIA
		1401 - CHIRURGIA VASCOLARE
		1501 - MEDICINA DELLO SPORT
		1813 - CENTRO PRELIEVI
		1905 - ENDOCRINOLOGIA
		2101 - GERIATRIA
		2901 - NEFROLOGIA
		3202 - NEUROLOGIA
		3401 - OCULISTICA
3501 - ODONTOIATRIA		
3701 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA		
3801 - OTORINO		
4301 - UROLOGIA		
5201 - DERMATOLOGIA		
5601 - FISIATRIA		
5801 - GASTROENTEROLOGIA		
6901 - RADIOLOGIA		
POL. TORRE SANTA SUSANNA	1804 - CENTRO PRELIEVI	

E' necessario inoltre analizzare i dati di attività sopra esposti anche alla luce dell'indice di vecchiaia nazionale, regionale e locale. L'indice di vecchiaia descrive l'incidenza della popolazione anziana sul totale dei residenti di una comunità e stima il grado di invecchiamento della stessa. Esso si definisce come il rapporto di coesistenza tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e la popolazione più giovane (0-14 anni); valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai giovanissimi.

Come si evince dalla seguente tabella il suddetto indice cresce progressivamente negli anni a livello Nazionale, Regionale ed anche nella Provincia di Brindisi: a tale andamento è correlato un maggiore ricorso alle cure sanitarie da parte della popolazione:

Classe di età	Anni			
	2020	2021	2022	2023
0-4	46.680	45.668	44.717	43.616
15-64	243.760	242.756	240.982	238.770
over 65	91.506	92.849	93.823	94.854
<b>Totale complessivo</b>	<b>381.946</b>	<b>381.273</b>	<b>379.522</b>	<b>377.240</b>
Indice di vecchiaia Provincia di Brindisi	190,7	196	203,3	209,8
Indice di vecchiaia Regione Puglia	175,6	181,1	187	193,6
Indice di vecchiaia Italia	179,4	182,6	187,6	193,1

Da rilevare che il valore dell'indice di vecchiaia nella Provincia di Brindisi risulta essere maggiore sia rispetto all'indice di vecchiaia della Regione Puglia che di quello Nazionale, con conseguenti implicazioni sulla domanda sanitaria della popolazione assistita.

## D) CURE PRIMARIE EROGATE

Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici di Continuità Assistenziale

Le cure primarie sono garantite prevalentemente da risorse professionali che hanno con la ASL di Brindisi un rapporto di convenzione: Medici di Medicina Generale (MMG) Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Medici di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica). Essi svolgono, per conto della ASL, il ruolo principale di raccordo tra il bisogno di salute espresso dai cittadini e l'offerta di prestazioni sanitarie erogabili. Pertanto svolgono un ruolo regolatore all'accesso alla specialistica ambulatoriale, ai ricoveri e all'assistenza farmaceutica. Si riportano di seguito i dati relativi ai medici MMG e PLS con i relativi assistiti.

### MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG) E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA (PLS)

Distretto	MEDICI DI MEDICINA GENERALE		PEDIATRI DI LIBERA SCELTA		TOTALE	
	MEDICI	ASSISTITI	MEDICI	ASSISTITI	MEDICI	ASSISTITI
1 BRINDISI	62	86.738	10	8.936	72	95.674
2 FASANO	53	69.608	8	7.093	61	76.701
3 FRANCAVILLA F.	63	85.444	11	8.431	74	93.875
4 MESAGNE	64	84.066	11	9.019	75	93.085
<b>Totale</b>	<b>242</b>	<b>325.856</b>	<b>40</b>	<b>33.479</b>	<b>282</b>	<b>359.335</b>

Fonte: Edotto

Per assicurare l'assistenza primaria nelle ore in cui il servizio non è garantito dai Medici di Medicina Generale, vengono conferiti incarichi, a tempo indeterminato o provvisori, ai Medici di continuità assistenziale (ex guardia medica).

### MEDICI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

	A TEMPO INDETERMINATO	CON REPERIBILITA'	P.O.SCAP	SOSTITUZIONE	TEMPORANEO	Totale Complessivo
<b>Numero medici</b>	30	0	0	47	8	85

Fonte: EDOTTO

Il rapporto con gli assistiti, caratterizzato dalla fiducia e dalla libera scelta, pone i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta nella condizione di governare i percorsi diagnostici terapeutici, favorendo la continuità e l'integrazione tra i diversi livelli di cura. In questo processo si integrano i Medici di continuità assistenziale e gli altri specialisti ambulatoriali presenti nelle strutture distrettuali. Si riporta di seguito la situazione delle attività svolte in collaborazione dai medici MMG e PLS (media mensile anno 2024).

FORME STRUTTURATE DI ASSISTENZA PRIMARIA ATTIVE SUL TERRITORIO – MEDIA MENSILE 2024

Forme di Assistenza Strutturata	MMG		PLS	
	Numero Medio Medici	Numero Medio Assistiti	Numero Medio Medici	Numero Medio Assistiti
CPT	6	8.910	-	-
MEDICINA DI GRUPPO	40	59.214	-	-
MEDICINA IN ASSOCIAZIONE	3	4.587	1	925
MEDICINA IN RETE	127	180.952	25	21.385
SUPER GRUPPO	35	50.563	-	-
SUPER RETE	114	162.588	-	-

Fonte:Edotto

Si precisa che il totale dei medici partecipanti alle forme strutturate di assistenza primaria risulta maggiore del numero complessivo dei Medici di base convenzionati, così come riportati nelle precedenti tabelle, in quanto i Medici inclusi nelle forme di associazionismo complesso (Super Rete e Super Gruppo) sono inclusi anche nelle forme di associazionismo semplice (Rete e Gruppo). L'associazionismo, nelle sue varie forme, ha l'obiettivo di formare una cultura del "lavoro di gruppo" tra i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta.

Medici Specialisti ambulatoriali

L'offerta di prestazioni specialistiche è prevalentemente collocata presso le strutture sanitarie dei Distretti Socio Sanitari (poliambulatori e consultori), o per l'assistenza domiciliare, e viene integrata attraverso l'attivazione di rapporti convenzionali con i Medici Specialisti Ambulatoriali, con incarichi da svolgersi in numero ore. Di seguito il numero delle ore conferite per branca nell'anno 2024.

ORE COMPLESSIVE CONFERITE PER BRANCA NEL 2024

Codice Branca	Branca	Distretti Socio Sanitario 1	Distretti Socio Sanitario 2	Distretti Socio Sanitario 3	Distretti Socio Sanitario 4	Totale ore annue
1	ALLERGOLOGIA	2.404,57	90,86		469,29	2.964,71
2	CARDIOLOGIA	7.452,29	3.650,00	5.944,29	6.570,00	23.616,57
3	CHIRURGIA GENERALE	938,57		107,86	1.868,14	2.914,57
5	DIABETOLOGIA		1.095,00			1.095,00
6	ENDOCRINOLOGIA	6.570,00	3.124,86	782,14	5.523,14	16.000,14
8	MEDICINA DELLO SPORT	1.147,14	625,71	246,86	2.398,57	4.418,29
11	NEUROLOGIA	1.877,14	2.033,57		1.877,14	5.787,86
12	OCULISTICA	3.962,86	5.101,50	5.267,71	7.031,57	21.363,64
15	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	4.275,71	1.981,43	3.024,29	1.355,71	10.637,14
16	OTORINOLARINGOIATRIA	1.616,14	2.087,71	3.493,57	2.085,71	9.283,14
17	PNEUMOLOGIA		1.564,29			1.564,29
18	REUMATOLOGIA	938,57	1.668,57	274,00		2.881,14
19	UROLOGIA	625,71	180,86	938,57	730,00	2.475,14
20	PSICHIATRIA	2.242,14	1.042,86			3.285,00
30	MEDICINA INTERNA		1.355,71			1.355,71
35	CHIRURGIA PLASTICA	1.981,43				1.981,43
36	GERIATRIA		1.532,57	750,29		2.282,86
37	CHIRURGIA VASCOLARE	10,00			834,29	844,29
41	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	1.097,14	1.147,14			2.244,29
65	MEDICINA LEGALE	1.981,43				1.981,43
69	SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETOLOGIA	1.512,14				1.512,14
101	ANGIOLOGIA	1.981,43				1.981,43
103	DERMATOLOGIA	2.033,57	1.251,43	2.190,00	1.929,29	7.404,29
104	FISIOCHINESITERAPIA	3.962,86	3.264,71	4.143,71	3.858,57	15.229,86
106	GASTROENTEROLOGIA		1.981,43	417,14	1.560,00	3.958,57
109	ODONTOIATRIA	3.493,57	2.190,00		3.232,86	8.916,43
110	ORTOPEDIA	2.920,00	612,00			3.532,00
112	RADIOLOGIA	1.981,43	1.720,71	2.449,00	938,57	7.089,71
113	TOSSICOLOGIA MEDICA		1.981,43			1.981,43
143	ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE				1.981,43	1.981,43
509	MEDICINA NUCLEARE	1.981,43				1.981,43
<b>Totale complessivo</b>		<b>58.987,29</b>	<b>41.284,36</b>	<b>30.029,43</b>	<b>44.244,29</b>	<b>174.545,36</b>

Fonte:Edotto

## Albero della Performance

Gli obiettivi annuali assegnati dai documenti di programmazione nazionali e regionali costituiscono la base di partenza per la elaborazione dell'albero della Performance. Gli stessi vengono integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotti in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati alle strutture aziendali.

L'albero della Performance è un diagramma che rappresenta graficamente i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici, obiettivi operativi e azioni. In altri termini, tale diagramma dimostra come gli obiettivi, ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un coerente disegno strategico complessivo, alla missione.

Il primo livello di programmazione strategica è configurato nella *Mission Aziendale*, che ad un livello macro detta l'orientamento dell'Azienda e quindi, cosa si vuol fare e in che modo.

Il secondo livello è costituito dalle aree strategiche che indicano i macroaggregati sui quali si vuole agire strategicamente e dai quali hanno origine gli obiettivi strategici (3° livello), che definiscono gli ambiti entro i quali si vuole indirizzare l'azione.

È ai livelli quarto e quinto che la programmazione strategica viene calata nella realtà aziendale, con la definizione degli obiettivi operativi (4° livello) e delle azioni (5° livello); per ogni obiettivo strategico possono essere previsti uno o più obiettivi operativi che a loro volta vengono declinati in uno o più "azioni" che vengono attribuiti alle varie strutture aziendali e che quindi, rappresentano l'ultimo livello del processo di *cascading*.

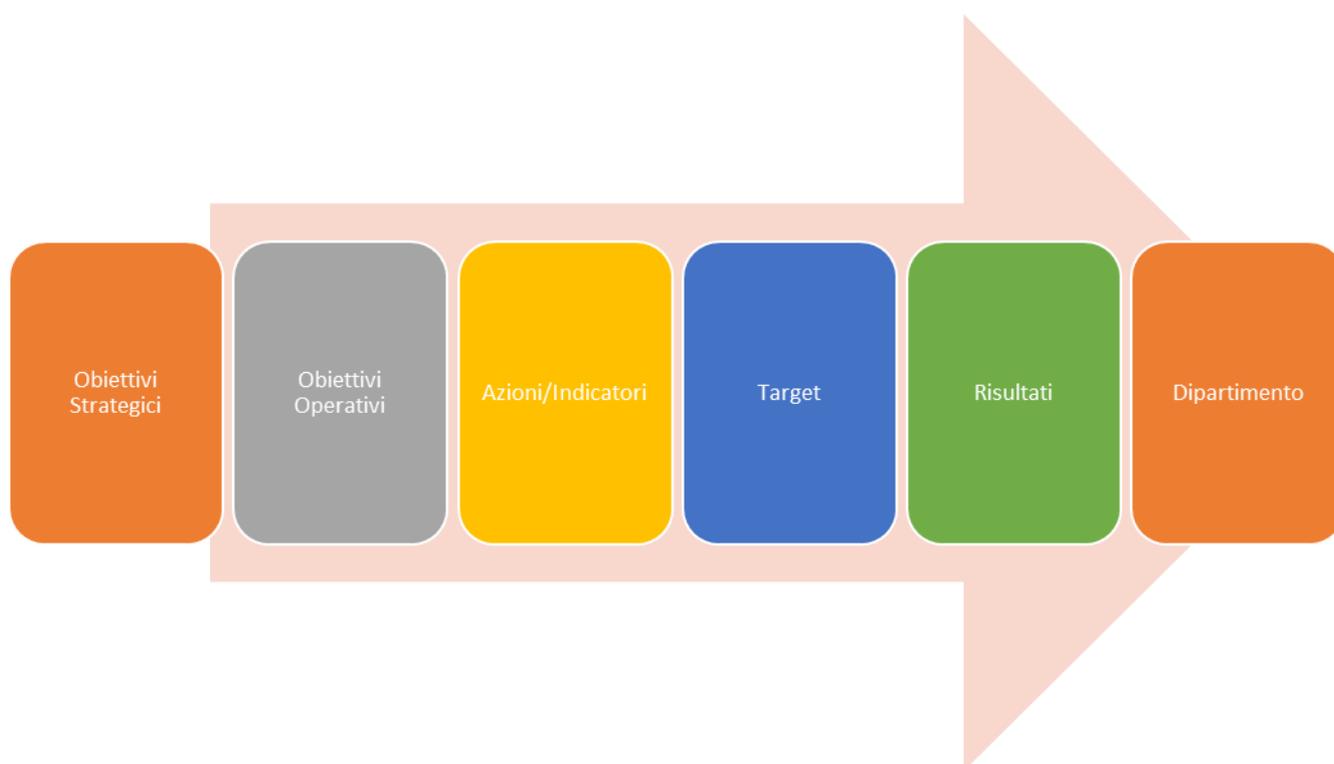
Nella costruzione del Piano della Performance sono state individuate sedici diverse Aree strategiche, comprensive degli obiettivi di mandato del Direttore Generale, degli obiettivi a pena di decadenza del Direttore Generale e degli obiettivi economico-gestionali. Le predette Aree strategiche sono coincidenti con le macro-aree obiettivo in cui sono stati riclassificati dalla Regione Puglia gli obiettivi di performance assegnati alle Aziende Sanitari Locali.

Le Aree/Obiettivi strategici risultano così individuati:

1. Accreditamento strutture pubbliche;
2. Aspetti Economico-Finanziari e di Controllo di Gestione;
3. Assistenza Ospedaliera;
4. Assistenza residenziale e semiresidenziale;
5. Assistenza Territoriale;
6. Assistenza Farmaceutica;
7. Investimenti strutturali;
8. Medicina di Genere;
9. Obiettivi Vincolanti a Pena di Decadenza;
10. Obiettivi di Mandato;
11. Prevenzione e Promozione della Salute;
12. Prevenzione e Sicurezza Alimentare;
13. Prevenzione Sanità Veterinaria;
14. Rapporti con gli Erogatori Privati;
15. Rischio Clinico;
16. Sanità Digitale;

Il percorso di gestione della performance segue la sequenza di seguito rappresentata; tale sequenza è declinabile a tutti i livelli gestionali coerentemente con il grado di responsabilità di ciascun soggetto coinvolto, a partire dal Direttore Generale a cui vengono assegnati gli obiettivi dalla Giunta Regionale.

## Processo a blocchi continuo



Si rimanda alla griglia allegata al presente documento per ogni ulteriore dettaglio.

## Analisi SWOT

L'analisi SWOT<sup>6</sup> costituisce una parte rilevante del presente Piano in quanto consente di sintetizzare e rappresentare plasticamente le dimensioni in cui si trova ad operare l'Azienda. Le considerazioni elaborate attraverso questo strumento sono frutto delle sensibilità raccolte all'interno delle strutture aziendali in fase di elaborazione del Piano.

Si tratta di un'attività in cui si esaminano le condizioni esterne ed interne in cui l'organizzazione si trova ad operare, e si presume si troverà ad operare per tutta la durata del periodo oggetto del presente piano. Questa attività, meglio conosciuta come SWOT ANALYSIS è tesa ad evidenziare i punti di forza e di debolezza dell'organizzazione (analisi dell'ambiente interno), nonché le opportunità da cogliere e le sfide da affrontare (analisi del contesto esterno).

Il risultato dell'analisi è quello di evidenziare i temi strategici da affrontare e le criticità da superare.

---

<sup>6</sup> SWOT: Strengths (punti di forza), Weaknesses (punti di debolezza), Opportunities (opportunità) e Threats (minacce).

STRENGTHS FORZE CONTESTO INTERNO	WEAKNESS DEBOLEZZE CONTESTO INTERNO	OPPORTUNITIES OPPORTUNITA' CONTESTO ESTERNO	THREATS MINACCE CONTESTO ESTERNO
+	-	+	-
Competenze Tecnico Professionali	Mobilità Passiva	Nuovo Sistema di Misurazione e valutazione della performance aziendale	Invecchiamento della popolazione
Dotazione di Tecnologie Avanzate	Inappropriatezza prescrittiva	Spirito di abnegazione da parte del personale	Stili di vita ed abitudini voluttari
Articolazione Organizzativa in Dipartimenti	Percorsi assistenziali non pienamente condivisi	Piano Triennale della Formazione	inquinamento ambientale
Dotazione di risorse conto capitale (PNRR, ed altri finanziamenti)	Carenza di personale	Accordi con strutture private accreditate	Domanda Sanitaria superiore alla capacità di offerta
Recupero indice attrazione	Ridotta comunicazione interna	Percorsi condivisi con MMG PLS per la gestione dei pazienti cronici	
Comunanza di interessi verso il miglioramento dell'assistenza		Piano riordino Ospedaliero e delle reti tempo - dipendenti	
Regolamento per la gestione delle liste di attesa		DM 70/2022 e DM 77/2015	
Informatizzazione dei percorsi sanitari (Cartella Clinica Elettronica, ecc.)			

I punti di forza e debolezza della ASL di Brindisi possono essere come di seguito individuati:

#### *PUNTI DI FORZA*

- Competenza tecnico professionale
- Dotazione di tecnologie diagnostiche e terapeutiche avanzate e innovative
- Articolazione organizzativa in Dipartimenti che consente l'ottimizzazione delle politiche assistenziali ed il miglioramento dell'efficienza
- Potenziale recupero sull'indice di attrazione dell'Utenza esterna al territorio provinciale per alcune specialità (es.: Onco-Ematologia, Chirurgia Senologica, Diagnostica Senologica, Chirurgia bariatrica, Urologia, nefrologia, Gastroenterologia)

## *PUNTI DI DEBOLEZZA*

- Mobilità passiva per alcune discipline
- Strutture Ospedaliere che prestano assistenza sanitaria gestibile in ambito territoriale anziché operare come strutture deputate al solo trattamento delle acuzie
- implementazione di percorsi assistenziali non pienamente condivisi tra le Unità operative aziendali
- incompleta integrazione dei percorsi che assicurano il collegamento territorio/ospedale e ospedale/territorio.

## *OBIETTIVI STRATEGICI*

### Pianificazione Strategica

Come più volte evidenziato, le politiche e le strategie aziendali sono definite dalla Direzione all'interno della mission e recepiscono le linee di indirizzo regionali. La pianificazione degli obiettivi strategici deve possedere caratteristiche intrinseche che la rendano uno strumento capace di incidere con reale e misurabile efficacia sulla organizzazione e sul funzionamento dell'Azienda. Pertanto, essa deve:

- risultare critica per il perseguimento delle finalità istituzionali, incidendo nel determinare cambiamenti organizzativi e/o operativi, a loro volta decisivi per raggiungere gli obiettivi;
- essere coerente con il posizionamento strategico dell'Azienda ed orientarne la postura rispetto al contesto circostante;
- essere capace di incidere in maniera diffusa e pervasiva all'interno di tutta la struttura aziendale;
- possedere una scarsa reversibilità.

Le politiche e le strategie definite dalla Direzione sono, poi, declinate in obiettivi che vengono assegnati alle singole strutture attraverso il sistema di budgeting.

L'andamento dei risultati e gli scostamenti dagli obiettivi viene periodicamente monitorato mediante appositi report, tanto al fine di porre in essere tempestivamente eventuali correttivi in caso di criticità e/o scostamenti significativi.

Entro il 30.06 di ciascun anno l'ASL BR provvede ad elaborare la relazione sulla performance relativa all'anno precedente, che viene sottoposta alla valutazione dell'Organismo indipendente di Valutazione (OIV) per la relativa validazione .

Gli obiettivi strategici aziendali sono delineati dalle varie fonti normative regionali che hanno un diverso grado di vincolo, ma tutte ugualmente convergenti nell'orientare l'azione aziendale secondo la direzione tracciata dalla Giunta Regionale. A tal proposito è importante, infatti, richiamare la Deliberazione di Giunta Regionale 02/08/2019 n. 1487, con cui è stato approvato lo schema di contratto di prestazione d'opera intellettuale da stipularsi con i Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali del Servizio Sanitario Regionale della Puglia. In particolare l'art. 4 ("Obiettivi") dello stesso schema di contratto, stabilisce che, fermi restando gli obiettivi vincolanti a pena di decadenza allo stesso allegati, il Direttore Generale è tenuto al rispetto degli obiettivi di mandato indicati nell'atto di nomina e degli obiettivi gestionali di carattere economico-finanziario e di salute individuati dalla Giunta Regionale con apposito provvedimento.

Pertanto, gli obiettivi strategici aziendali scaturiscono dalle seguenti disposizioni regionali:

- Deliberazione della Giunta Regionale n.1487 del 2 agosto 2019 ad oggetto "Schemi di contratto approvati con la D.G.R. n. 320 del 13/3/2018 per i Direttori Generali delle Aziende ed Enti del S.S.R. - Integrazione e nuova approvazione", nell'ambito della quale sono stati definiti gli Obiettivi vincolanti a pena di decadenza dei Direttori Generali delle ASL pugliesi.
- Deliberazione della Giunta Regionale n.1237 del 10/08/2023 ad oggetto "D.Lgs. n. 171/2016 s.m.i. – L.R. n. 15/2018. Nomina Direttore Generale dell'ASL BR", contenente gli Obiettivi di mandato del Direttore Generale.
- Deliberazione n.1558 del 13 novembre 2023, ad oggetto "Definizione e assegnazione degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. biennio 2023 -2024", ha adottato ed assegnato ai Direttori Generali gli obiettivi economico-gestionali per il biennio 2023-2024.

Come precisato nella suddetta DGR 1558/2023, gli obiettivi attribuiti dalla Giunta Regionale sono quelli monitorati da parte dei Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e MEF) e tengono conto delle disposizioni nazionali e regionali relative a:

- a) "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" approvato con il Decreto del Ministero Salute del 12/03/2019, quale strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Esso rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di monitoraggio dei LEA, e aggiorna il Sistema di Garanzia introdotto nel 2000;
- b) tempestività pagamenti entro i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 ;
- c) adeguamento della rete ospedaliera e territoriale rispetto alla normativa nazionale e regionale in materia;
- d) contenimento della spesa farmaceutica;

- e) rapporti con gli erogatori, con particolare riferimento all'acquisto ai volumi e tipologie di prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale;
- f) riduzione delle liste d'attesa.

Pertanto il presente Piano della Performance, per quanto attiene all'articolazione degli obiettivi, è elaborato in coerenza con i contenuti delle suddette disposizioni e nel rispetto, quindi, della Programmazione Sanitaria Nazionale e Regionale. Si riportano di seguito, per completezza, gli "Obiettivi di mandato del Direttore Generale" (di cui alla sopra richiamata D.G.R. n.1237 del 10/08/2023) e gli "Obiettivi vincolanti a pena di decadenza del Direttore Generale" (di cui alla sopra richiamata D.G.R. n. 1487 del 2 agosto 2019):

Obiettivi di mandato di cui alla Delibera di Giunta Regionale n.1237 del 10.08.2023:

- A.1) Garanzia di impiego del sistema di contabilità analitica per centri di costo e responsabilità che consenta analisi comparative di costi, rendimenti e risultati, nel rispetto delle direttive regionali in materia nonché di quanto previsto dalla legge;
- A.2) Rispetto del Piano Esecutivo di Dettaglio (PED) e messa a punto di tutte le attività necessarie ai fini dell'implementazione e gestione del nuovo "Sistema informativo per il monitoraggio della spesa del Servizio Sanitario - MOSS";
- A.3) Attuazione della programmazione regionale in materia di rete ospedaliera;
- A.4) Contenimento della spesa del personale entro i limiti fissati dalla normativa vigente e rideterminazione della dotazione organica secondo le linee guida regionali;
- A.5) Rispetto della soglia limite di spesa farmaceutica convenzionata in coerenza con la normativa nazionale e regionale in materia;
- A.6) Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, nonché della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici in coerenza con la normativa nazionale e regionale in materia;
- A.7) Verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale, ivi compresi gli Enti ecclesiastici e gli IRCSS;
- A.8) Rispetto delle disposizioni vigenti in materia di Sanità Elettronica;
- A.9) Qualificazione dei programmi di screening ed adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali;
- A.10) Attuazione del Piano di Controllo Regionale Pluriennale (PCRP) e rispetto delle relative frequenze di Controllo Ufficiale stabilite in materia di alimenti, mangimi, salute animale, sottoprodotti di origine animale, benessere degli animali, prescrizioni per l'immissione in commercio e l'uso di prodotti fitosanitari;

A.11) Attuazione del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 e degli altri Piani Nazionali e Regionali in materia di Prevenzione e Promozione della Salute (PNPV, PanFlu, PNCAR, PNA, etc);

A.12) Rispetto degli obblighi contenuti nei disciplinari, sottoscritti per la gestione dei fondi comunitari e/o nazionali, con particolare riferimento al pieno raggiungimento delle prevenzioni di spesa comunicate e dell'aggiornamento dei tempi di attesa;

A.13) Attuazione del Piano regionale per il governo dei tempi di attesa;

A.14) Rispetto degli obblighi derivanti dal PNRR e PNC per ciascuna linea di investimento;

A.15) Rispetto dei termini definiti dalla Regione per la sottoscrizione degli Accordi contrattuali e dei contratti con le strutture private accreditate;

A.16) Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012;

Obiettivi vincolanti a pena di decadenza di cui alla DGR n.1487 del 02.08.2019:

B.1) Invio Informativo trimestrale alla Regione, al Ministero dell'Economia e Finanze ed al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali della certificazione di accompagnamento del Conto Economico trimestrale.

B.2) Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazione delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio, ovvero entro i limiti delle assegnazioni effettuate annualmente attraverso il Documento di Indirizzo Economico funzionale delle Aziende ed Enti del SSR (DIEF).

B.3) Rispetto delle leggi e del principio di buon andamento ed imparzialità dell'Amministrazione.

B.4) Acquisto di beni e servizi. Gli Enti del SSR, ai sensi dell'art. 1, co. 449, della legge n. 296/2006 e dell'art. 15, co. 13, lett. d), del decreto legge n.95/2012, hanno l'obbligo di ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni attivate da InnovaPuglia S.p.A. quale centrale regionale di committenza ai sensi dell'art. 20 della L.R. n. 37/2014 o, in mancanza, di convenzioni attivate da CONSIP. In assenza di convenzioni, vige comunque l'obbligo di ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla CONSIP o da InnovaPuglia S.p.A.

Inoltre, ai sensi di quanto previsto dalla legge n. 208/2015, all'art. 1, co. 548, gli Enti del SSR sono tenuti ad approvvigionarsi, relativamente alle categorie merceologiche del settore sanitario come individuate dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui all'art. 9, co. 3, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66 convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, avvalendosi, in via esclusiva, del soggetto aggregatore InnovaPuglia ovvero della CONSIP.

Fermo restando quanto previsto al co. 3 dell'art. 9 del D.L. 24 aprile 2014, n. 66, convertito con modificazioni, dalla L. n. 89/2014, gli Enti del SSR sono inoltre tenuti al rispetto della programmazione regionale, con la quale sono Individuate le categorie di beni e servizi che devono acquisire

obbligatoriamente in forma aggregata o comunque facendo ricorso al Soggetto aggregatore regionale ai sensi dell'art. 21 della L.R. n. 37 /2014.

B.5) Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria.

B.6) Stipula e rispetto dei contratti con le strutture provvisoriamente accreditate.

B.7) Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel Sistema Informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali.

B.8) Controllo e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, entro i limiti del budget ad essi attribuito.

B.9) Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento.

B.10) Conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali, definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti anche dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

B.11) Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) vigente.

Con riferimento al piano della performance 2025-2027 dell'ASL BR, allegato al presente documento, si precisa che gli obiettivi sono stati individuati secondo le indicazioni riportate nella DGR 1558/2023, in quanto alla data del presente documento non risultano essere stati individuati, da parte della Regione Puglia, gli obiettivi economico-gestionali 2025, 2026 e 2027.

La gestione del piano della performance, a sua volta, è correlata alla gestione del ciclo di "budget" aziendale, strutturato attraverso l'individuazione di obiettivi che la direzione aziendale negozia con le UU.OO. aziendali.

## Azioni/Indicatori e target di riferimento

L'allegato 1 al presente documento espone, per ciascun obiettivo operativo, il relativo indicatore e *target*; tali target verranno monitorati durante il corso dell'anno con il supporto delle Strutture aziendali, le cui risultanze vengono rappresentate nella Relazione sulla performance aziendale annuale secondo le scadenze di legge.

## DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

### Ciclo delle performance

La *Performance* si ottiene grazie ad un ciclo integrato di programmazione e controllo, che consente di valutare in modo adeguato le *Performance* raggiunte sia a livello organizzativo che individuale. Il ciclo integrato della programmazione è definito dalla norma “ciclo delle *Performance*” ed il suo corretto svolgersi nel tempo, nel pieno rispetto delle scadenze, è un elemento essenziale e qualificante del suo sviluppo come sempre avviene quando si parla di programmazione, sia essa strategica che operativa.

A tal proposito si richiama la Delibera del Direttore Generale n.1103 del 06/07/2015 con cui è stato adottato il “Sistema di misurazione e valutazione delle performance ai sensi degli artt. 7, 8 e 9 del d.lg.s n. 150/2009 e s.m.i”.

Il ciclo di gestione della *Performance* si sviluppa nelle fasi tipiche del ciclo di programmazione e controllo:

- definizione e assegnazione degli obiettivi da raggiungere;
- collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse, integrandosi con il ciclo di bilancio;
- monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- misurazione e valutazione della Performance, organizzativa e individuale;
- utilizzo dei sistemi premianti;
- rendicontazione dei risultati agli Stakeholder interni ed esterni.

E' necessario precisare che è in corso l'attività di aggiornamento del regolamento aziendale relativo al sistema di misurazione e valutazione della performance, al fine di adeguare lo stesso alle vigenti disposizioni normative.

Nella costruzione del Piano della Performance sono state individuate 16 diverse Aree strategiche, coincidenti con le macro-aree obiettivo in cui sono stati riclassificati dalla Regione Puglia gli obiettivi di economico gestionali assegnati alle Aziende Sanitari Locali con D.G.R. n. 1558 del 13 novembre 2023, sopra riportate.

Le Aree strategiche costituiscono le prospettive in cui vengono idealmente scomposti e specificati il mandato istituzionale e la missione dell'Azienda. Rispetto alle Aree strategiche sono definiti gli obiettivi strategici ed operativi da conseguire. La declinazione in obiettivi delle Aree strategiche è parte fondamentale del presente Piano della Performance. La metodologia seguita consiste nella definizione delle aree strategiche secondo le priorità di intervento aziendali, dalle quali derivano gli obiettivi strategici, gli obiettivi operativi e le azioni.

Gli obiettivi strategici ai sensi dell'art. 5 del Decreto Legislativo n.150/2009 devono essere:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della Collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'Amministrazione;
- specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- riferibili ad un arco temporale determinato;
- commisurati ai valori di riferimento derivanti da *standard* definiti a livello regionale, nazionale ed internazionale, nonché da comparazioni con Amministrazioni omologhe;
- confrontabili con le tendenze della produttività dell'Amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

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

Correlazione con il piano per la prevenzione della corruzione

In attuazione del D.Lgs. n. 97/2016 che ha modificato la L. 190/2012, il presente documento è inserito nel Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) anno 2025, di cui il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, ne costituisce apposita sezione.

In Analogia a quanto già fatto per gli anni passati, anche in occasione della stesura del Documento di *Budget* 2025 (Schede degli obiettivi operativi annuali) l'Azienda inserirà un obiettivo comune a tutti i Centri di Responsabilità riguardante la partecipazione degli operatori ad iniziative formative inerenti alle prescrizioni normative per la prevenzione della corruzione.

Obiettivi Operativi	Azione/Indicatore	Target 2025
Prevenzione della corruzione ai sensi della L. 190/2012, come modificata con D.Lgs. n. 97/2016	Partecipazione ad almeno un evento formativo aziendale in materia di prevenzione della corruzione	N° partecipanti per CdR a almeno 1 evento formativo $\geq 1$

## Correlazione con il sistema di valutazione della performance individuale

Il Sistema di valutazione della *Performance* individuale dovrà essere correlato al presente Piano ed a tal fine saranno approntate apposite schede di valutazione individuale che dovranno contenere anche il seguente obiettivo.

Obiettivo specifico	Indicatore	Indicatore di Risultato
Trasparenza del processo di valutazione del personale dipendente	Rispetto delle modalità di assegnazione degli obiettivi/compiti agli operatori	N° schede compilate/n° operatori assegnati = 1

Questa Azienda ha sottoscritto con le Organizzazioni Sindacali il Regolamento per la valutazione della performance individuale e organizzativa del personale del comparto; tale regolamento è stato inserito nel Contratto Collettivo Integrativo Aziendale sottoscritto in data 30.12.2019 ed avente decorrenza dal 01.01.2020. La dichiarazione finale congiunta, apposta dalle Parti – Datoriale e Sindacale – al Regolamento per la valutazione della performance individuale ed organizzativa del personale del Comparto, così testualmente recita: *“allo scopo di consentirne l’attuazione, le Parti auspicano che il presente Regolamento sia recepito e reso complementare ai Regolamenti che saranno definiti, in sede aziendale, per le Aree Dirigenziali”*.

Per ciò che attiene, invece, le Aree dirigenziali, il 23.01.2024 è stato sottoscritto il CCNL dell’Area Sanità triennio 2019-2021, che trova applicazione nei confronti dei Dirigenti medici, veterinari, Sanitari e delle Professioni Sanitarie; seguirà la definizione di un Contratto Collettivo Integrativo Aziendale correlato a tale CCNL, con determinazioni inerenti anche la disciplina della performance organizzativa ed individuale secondo un modello auspicabilmente complementare a quello individuato per il personale del Comparto.

Le stesse indicazioni ed osservazioni sono da formularsi nei confronti personale dell’Area delle Funzioni Locali (che comprende il personale della Dirigenza Amministrativa, Tecnica e Professionale, del Servizio Sanitario Nazionale) il cui CCNL è stato sottoscritto In data 17/12/2020.

Si provvederà ad assicurare la complementarietà, in ambito aziendale, dei modelli di valutazione della performance delle varie aree contrattuali in accordo anche con quanto indicato dall’art. 18 (“Norme finali e transitorie”) del Regolamento definito per il personale del Comparto prevede (comma2, punto a.) il quale stabilisce che lo detto Regolamento possa essere sottoposto a revisione *“previa informativa e concertazione con la delegazione sindacale a seguito della modifica da parte dell’Azienda del piano Triennale della Performance”*.

## Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance

Come già precisato nel precedente paragrafo, l'ASL BR ha avviato il procedimento volto ad innovare il Sistema di valutazione delle prestazioni del personale dipendente, in conformità a quanto previsto dal D.Lgs. 150/2009 e s.m.i. e dal quadro contrattuale nazionale e locale.

Occorre ricordare che il sistema di misurazione e valutazione della *performance* deve prevedere uno stretto legame tra gli obiettivi dell'organizzazione e quelli del personale. Qualsiasi valutazione dei risultati raggiunti dal personale che opera nell'Amministrazione non potrà non essere correlata ai risultati ottenuti dall'organizzazione nel suo complesso.

La valutazione delle *Performance* individuali, pertanto, implica la definizione di un ciclo della *Performance* che si articola nelle seguenti fasi:

- definizione e assegnazione degli obiettivi;
- collegamento tra gli obiettivi e allocazione delle risorse;
- monitoraggio del sistema;
- misurazione e valutazione della *Performance*, organizzativa e individuale;
- rendicontazione interna ed esterna dei risultati;
- premialità del merito;

L'art.9 del D. Lgs. 150/09 definisce gli elementi cui collegare la valutazione della *Performance* del personale. In particolare, il comma 1 stabilisce che la valutazione della *Performance* dei dirigenti e del personale responsabile di un'unità organizzativa sia collegata ai seguenti elementi:

- indicatori di *Performance e risultati della struttura di appartenenza*;
- raggiungimento di specifici obiettivi individuali;
- qualità del contributo assicurato alla *Performance* della struttura;
- competenze professionali e manageriali dimostrate (es. gestione risorse umane, risorse economiche, relazioni interpersonali e comunicazione);
- capacità di valutazione dei propri collaboratori.

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

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

In relazione a quanto sopra evidenziato l'Azienda ritiene che la valutazione delle *Performance* individuali debba considerare una pluralità di aspetti, tra cui, senz'altro, i seguenti:

- obiettivi di innovazione/crescita;
- obiettivi di efficienza economico-finanziaria;
- obiettivi di impatto sugli *stakeholder* (efficacia percepita, soddisfazione, ecc.);
- obiettivi di miglioramento dei processi (efficacia oggettiva, livelli di servizio, ecc.);
- competenze professionali;
- comportamenti organizzativi (tra cui, obbligatorio ex Dlgs. 150/2009, la capacità di valutare i propri collaboratori).

La valutazione delle prestazioni deve portare ad un aumento di motivazione e di responsabilizzazione che consenta la valorizzazione delle potenzialità degli operatori con il fine di migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi erogati.

Occorre inoltre evidenziare che la Direzione Aziendale provvede ad assegnare gli "obiettivi di mandato" al momento del conferimento degli incarichi di titolarità di direzione di Dipartimento, di unità Operativa Complessa e di Unità Operativa Semplice (sia quelle incardinate nelle Unità Operative Complesse, sia quelle a valenza Dipartimentale).

Si precisa inoltre che, relativamente al personale del comparto, nel corso dell'anno 2022, in coerenza con il predetto nuovo modello organizzativo aziendale su base dipartimentale, è stata definita la nuova articolazione degli Incarichi di Funzione (che, con il CCNL Comparto Sanità 21/05/2018, hanno integrato e sostituito i precedenti incarichi di titolarità di Coordinamento e Posizione Organizzativa) e si è proceduto al conferimento di tali nuovi incarichi.

Pertanto è possibile affermare che le azioni di miglioramento del sistema sono già state avviate e che è intenzione di questa Direzione portarle a pieno compimento nel rispetto delle disposizioni normative vigenti.

## Ciclo della *Performance*



## ALLEGATI TECNICI

- Allegato 1: Scheda Obiettivi

COD_MACRO-AREA OBIETTIVO	Area Strategica	COD_Area obiettivo	Obiettivi Strategici	COD_Obiettivo	Obiettivi Operativi	COD_Indicatore	Azioni/Indicatori	Formula indicatore	Flusso / Sistema informativo	Risultato 2023	Target 2025	Target 2026	Target 2027	Note / Descrizione	Dipartimento
010	Accreditamento strutture pubbliche	010.010	Qualificazione strutture pubbliche	010.010.010	Qualità ed efficienza organizzativa	010.010.010.010	Strutture ospedaliere pubbliche - Predisposizione e trasmissione alla Regione ed al Servizio Ciu.Ota - Aress delle autocertificazioni e griglie di valutazione relative ai percorsi di qualità di cui ai Manuali del RR 16/2019 - fase plan e fase do			Sono state trasmesse le schede relative ad alcune unità operative, in particolare: -FASE PLAN: UOC Anatomia patologica Ospedale Perrino, UOC Radiodiagnostica Ospedale Perrino, UOC Oncologia Ospedale di Francavilla F.na, Servizio Co.Ro. Ospedale Perrino, Servizio Co.Ro. Ospedale Francavilla -Fase Plan e Do: UOC SIMT Ospedale Perrino	SI/NO	SI/NO	SI/NO		STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE
020	Aspetti Economico-Finanziari e di Controllo di Gestione	020.010	Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	020.010.010	Riduzione tempi pagamento	020.010.010.010	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	L'indice di tempestività dei pagamenti (ITP), ai sensi dell'art. 9 del DPCM del 22 settembre 2014, è calcolato come la somma, per ciascuna fattura emessa a titolo di corrispettivo di una transazione commerciale dei giorni effettivi intercorrenti tra la data > Entro il 1 febbraio dell'anno successivo all'esercizio di riferimento - Trasmissione, previo invio di apposite linee guida, dell'istruttoria economica con riferimento all'esercizio economico precedente: o CE IV trimestre (modello NSIS) al lordo e al net		-20	ITP <= 0	ITP <= 0	ITP <= 0	Al sensi dell' art. 1, comma 865, della legge n. 145/2018, la quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo non può essere inferiore al 30 per cento.	DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE, DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE, DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE, STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE, DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO, DIPARTIMENTO PREVENZIONE, DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI
020	Aspetti Economico-Finanziari e di Controllo di Gestione	020.020	Rispetto delle scadenze per il monitoraggio dei conti del sistema sanitario	020.020.010	Rispetto delle scadenze per il monitoraggio dei conti del sistema sanitario	020.020.010.010	Al fine del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario e di quanto prescritto dal comma n.174, art. 1 della Legge n. 311/2004, si rende necessario fissare alcune scadenze inprocasinabili che le Aziende del S.S.R. devono rispettare con riferimento	operazioni effettuate secondo le indicazioni ricevute dagli uffici regionali competenti		Rispetto delle scadenze nel 2025 con riferimento all'esercizio economico 2024.	Rispetto delle scadenze nel 2026 con riferimento all'esercizio economico 2025.	Rispetto delle scadenze nel 2027 con riferimento all'esercizio economico 2026.			DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO
020	Aspetti Economico-Finanziari e di Controllo di Gestione	020.030	Gestione Sanitaria Accentrata	020.030.010	Quadratura tra Contabilità Analitica e Contabilità generale	020.030.010.010	Trasmissione, entro il 30 giugno, del Bilancio di verifica per Centro di costo in quadratura con il Bilancio dell'esercizio relativo all'esercizio precedente, al fine di garantire il monitoraggio dei costi e la correlazione con i dati di attività e di struttura			invio effettuato	Invio entro il 30 giugno 2025	Invio entro il 30 giugno 2026	Invio entro il 30 giugno 2027		STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE
020	Aspetti Economico-Finanziari e di Controllo di Gestione	020.030	Gestione Sanitaria Accentrata	020.030.010	Quadratura tra Contabilità Analitica e Contabilità generale	020.030.010.020	Trasmissione, entro il 01 agosto, del Bilancio di verifica per Centro di costo al 30.06.2024 in quadratura con il Conto Economico - Modello CE al 30.06.2024, al fine di garantire il monitoraggio dei costi e la correlazione con i dati di attività e di struttura	Data trasmissione documenti / data effettiva		non applicabile	Invio entro il 01 agosto 2025	Invio entro il 01 agosto 2026	Invio entro il 01 agosto 2027		STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE
020	Aspetti Economico-Finanziari e di Controllo di Gestione	020.040	Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	020.040.010	Avvio sistema MOSS	020.040.010.010	Per le 6 aziende non avviate in SI MOSS: ASL Bari, ASL Brindisi, Asl Bat, IRCCS De Bellis, ASL Taranto, AOI Ospedali Riuniti di Foggia. -> Dismissione del precedente sistema informativo contabile e avvio in esercizio del Sistema Informativo per il Monitor	Data di avvio prevista / data effettiva	MOSS	procedure di migrazione avviate il 15.12.2023 ed attualmente il sistema MOSS è in pieno esercizio	100%	100%	100%		DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA, UOC CON BUDGET AUTONOMO NEFROLOGIA E DIALISI, DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE, DIPARTIMENTO MEDICO, DIPARTIMENTO CARDIO/PNEUMOLOGICO/RIABILITATIVO, DIPARTIMENTO ONCO/EMATOLOGICO/RADIOTERAPICO/RADIODIAGNOSTICO, DIPARTIMENTO FARMACEUTICO, DIPARTIMENTO PREVENZIONE, STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE, DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO, DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE, DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE, DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI, COORDINAMENTO DELLE DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO OSPEDALIERO, DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO, DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE
020	Aspetti Economico-Finanziari e di Controllo di Gestione	020.040	Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	020.040.020	Avvio controllo interno	020.040.020.010	Avvio del processo di controllo interno in tutte le aziende secondo gli indicatori che verranno definiti con Atto Dirigenziale di futura predisposizione.	Numero processi avviati / Numero processi previsti	MOSS	non applicabile	100%	100%	100%		STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE
030	Assistenza Ospedaliera	030.010	Qualificazione assistenza ospedaliera	030.010.010	Efficacia/Appropriatezza clinica	030.010.010.010	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.	Scheda H013C_D.M. 12/03/2019	SDO	91,67 (soglia >=60%)	se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente	se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente	se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente		DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO, DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA
030	Assistenza Ospedaliera	030.010	Qualificazione assistenza ospedaliera	030.010.020	Efficacia/Appropriatezza clinica/Sicurezza	030.010.020.010	Percentuale parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti/anno	Scheda H017C_D.M. 12/03/2019	SDO	39,68%	<= 15%	<= 15%	<= 15%		DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE
030	Assistenza Ospedaliera	030.010	Qualificazione assistenza ospedaliera	030.010.020	Efficacia/Appropriatezza clinica/Sicurezza	030.010.020.020	Percentuale parti cesarei primari in strutture con 1.000 e oltre parti/anno	Scheda H018C_D.M. 12/03/2019	SDO	27,52%	<= 25%	<= 25%	<= 25%		DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE
030	Assistenza Ospedaliera	030.010	Qualificazione assistenza ospedaliera	030.010.020	Efficacia/Appropriatezza clinica/Sicurezza	030.010.020.030	Proporzione di angioplastica coronarica percutanea entro 90 min dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMi in fase acuta	Protocollo 621 PNE (DM 70/2015)	SDO	23,56 (soglia >=60%)	se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente	se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente	se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente		DIPARTIMENTO CARDIO/PNEUMOLOGICO/RIABILITATIVO
030	Assistenza Ospedaliera	030.010	Qualificazione assistenza ospedaliera	030.010.020	Efficacia/Appropriatezza clinica/Sicurezza	030.010.020.040	Quota di interventi per tumore maligno del colon eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 50 interventi annui	Protocollo 104 PNE	SDO	10,76589595	>=75%	>=75%	>=75%	Nel calcolo non vengono considerati i reparti con volume di attività <= 3 interventi annui.	DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO
030	Assistenza Ospedaliera	030.010	Qualificazione assistenza ospedaliera	030.010.030	Efficienza nell'erogazione	030.010.030.010	Attività trasfusionali (autosufficienza emocomponenti driver - globuli rossi, GR; autosufficienza di emoderivati - immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)	Scheda H08Za_D.M. 12/03/2019	SISTRA	Programma GR calcolato in quota parte alla popolazione residente (D.M.-01.08.2023)= 15.710 GR prodotti= 16.447 (determinato dalla somma dei GR prodotti pari a 15.467+ GR acquisiti 980)	se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente		DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO
030	Assistenza Ospedaliera	030.010	Qualificazione assistenza ospedaliera	030.010.040	Efficienza nell'erogazione/Appropriatezza organizzativa	030.010.040.010	Degenza media preoperatoria	Σ gg pre op/Σ dimessi	SDO	4,348481137 (soglia 1,64 gg)	se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	Ricoveri per acuti in regime ordinario	DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO, DIPARTIMENTO CARDIO/PNEUMOLOGICO/RIABILITATIVO, DIPARTIMENTO ONCO/EMATOLOGICO/RADIOTERAPICO/RADIODIAGNOSTICO, DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA, DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO, UOC CON BUDGET AUTONOMO NEFROLOGIA E DIALISI, DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE, COORDINAMENTO DELLE DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO OSPEDALIERO
030	Assistenza Ospedaliera	030.010	Qualificazione assistenza ospedaliera	030.010.040	Efficienza nell'erogazione/Appropriatezza organizzativa	030.010.040.020	Percentuale dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	(Σ dimessi drg M/Σ dimessi)*100	SDO	19,55621302 (soglia <=26,55)	se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	Ricoveri per acuti in regime ordinario	DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO, DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE
030	Assistenza Ospedaliera	030.010	Qualificazione assistenza ospedaliera	030.010.040	Efficienza nell'erogazione/Appropriatezza organizzativa	030.010.040.030	Percentuale ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	(Σ dimessi DH medici diagnostici/Σ DH medici)*100	SDO	16,33624108 (soglia <=35,25)	se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	* DH diagnostici: Regime di ricovero =2; DRG Medico; Modalità di dimissione #1; Diagnosi principale # V580x o V581x; Motivo del Ricovero: 1	DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO, UOC CON BUDGET AUTONOMO NEFROLOGIA E DIALISI, DIPARTIMENTO MEDICO, DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE, DIPARTIMENTO ONCO/EMATOLOGICO/RADIOTERAPICO/RADIODIAGNOSTICO, DIPARTIMENTO CARDIO/PNEUMOLOGICO/RIABILITATIVO
030	Assistenza Ospedaliera	030.010	Qualificazione assistenza ospedaliera	030.010.040	Efficienza nell'erogazione/Appropriatezza organizzativa	030.010.040.040	Proporzione di colecistomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Scheda H05Z_D.M. 12/03/2019	SDO	75,97	>=75%	>=75%	>=75%		DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO
030	Assistenza Ospedaliera	030.010	Qualificazione assistenza ospedaliera	030.010.040	Efficienza nell'erogazione/Appropriatezza organizzativa	030.010.040.050	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui.	Scheda H02Z_D.M. 12/03/2019	SDO	88,26	>=75%	>=75%	>=75%	Nel calcolo non vengono considerati i reparti con volume di attività <= 10 interventi annui.	DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO

COD. MACRO-AREA OBIETTIVO	Area Strategica	COD_Area obiettivo	Obiettivi Strategici	COD_Obiettivo	Obiettivi Operativi	COD_Indicatore	Azioni/Indicatori	Formula indicatore	Flusso / Sistema informativo	Risultato 2023	Target 2025	Target 2026	Target 2027	Note / Descrizione	Dipartimento
030	Assistenza Ospedaliera	030.010	Qualificazione assistenza ospedaliera	030.010.040	Efficienza nell'erogazione/Adeguatezza organizzativa	030.010.040.060	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario.	Scheda H04Z_D.M. 12/03/2019	SDO	0,13 (soglia <= 0,21%)	se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente		DIPARTIMENTO ONCO/EMATOLOGICO/RADIOTERAPICO/RADIODIAGNOSTICO, DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA, UOC CON BUDGET AUTONOMO NEFROLOGIA E DIALISI, DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE, DIPARTIMENTO CARDIO/PNEUMOLOGICO/RIABILITATIVO, DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO, DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE, DIPARTIMENTO MEDICO
030	Assistenza Ospedaliera	030.010	Qualificazione assistenza ospedaliera	030.010.050	Rispetto piano recupero liste d'attesa e adempimenti PNGLA	030.010.050.010	Rispetto tempi di attesa come da piano PNGLA e disposizioni regionali			83,7729002	SI/NO	SI/NO	SI/NO		COORDINAMENTO DELLE DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO OSPEDALIERO, DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE, DIPARTIMENTO CARDIO/PNEUMOLOGICO/RIABILITATIVO, DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO, DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA, DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE, DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO, DIPARTIMENTO MEDICO, DIPARTIMENTO ONCO/EMATOLOGICO/RADIOTERAPICO/RADIODIAGNOSTICO, DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE, UOC CON BUDGET AUTONOMO NEFROLOGIA E DIALISI
030	Assistenza Ospedaliera	030.020	Implementazione rete ospedaliera secondo disposizioni regionali	030.020.010	Rispetto delle disposizioni in materia di rete ospedaliera e attuazione regolamento di riordino	030.020.010.010	Adeguamento della rete ospedaliera alle disposizioni regionali			% di raggiungimento è pari al 78%	SI/NO	SI/NO	SI/NO		COORDINAMENTO DELLE DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO OSPEDALIERO, DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE, DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI, STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE
040	Assistenza residenziale e semiresidenziale	040.010	Qualificazione assistenza residenziale e semiresidenziale	040.010.010	Efficienza/Adeguatezza organizzativa	040.010.010.010	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	Scheda D33Za_D.M. 12/03/2019	FAR	1,18 (soglia 24,6)	se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente	se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente	se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente	sulla base delle soglie NSG 2021	DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE
040	Assistenza residenziale e semiresidenziale	040.010	Qualificazione assistenza residenziale e semiresidenziale	040.010.010	Efficienza/Adeguatezza organizzativa	040.010.010.020	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	Scheda D30Z_D.M. 12/03/2019	SIAD, HOSPICE	27,62 (soglia >35%)	se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente	se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente	se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente		DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE, DIPARTIMENTO ONCO/EMATOLOGICO/RADIOTERAPICO/RADIODIAGNOSTICO
040	Assistenza residenziale e semiresidenziale	040.010	Qualificazione assistenza residenziale e semiresidenziale	040.010.010	Efficienza/Adeguatezza organizzativa	040.010.010.030	Sottoscrizione accordi contrattuali con gli erogatori privati accreditati nel rispetto delle disposizioni regionali e utilizzando lo schema-tipo di contratto regionale			Relativamente alle strutture gestite dalla UOC Servizio per le dipendenze patologiche SERT si evidenzia che lo schema-tipo non è ancora disponibile Relativamente alle strutture per anziani l'Area socio sanitaria nell'anno 2023 ha potuto predisporre un solo contratto da far sottoscrivere al direttore generale in quanto una sola struttura risultava essere stata accreditata. Tale contratto è stato inviato ai competenti uffici regionali così come richiesto dalle disposizioni vigenti in materia). Relativamente alle strutture del DSM si evidenzia che non si dispone del "contratti-tipo" regionale	SI/NO	SI/NO	SI/NO		DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE, DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE, DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO, DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
050	Assistenza territoriale	050.010	Qualificazione assistenza territoriale	050.010.010	ADI - PNRR	050.010.010.010	rispetto target PNRR come da disposizioni regionali			L'obiettivo comunicato dalla Regione Puglia è stato pari a numero assistiti 6.343, mentre il numero degli assistiti presi in carico è stato pari a 6.898	SI/NO	SI/NO	SI/NO		DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE, DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI
050	Assistenza territoriale	050.010	Qualificazione assistenza territoriale	050.010.020	Adeguatezza clinica/adeguatezza organizzativa	050.010.020.010	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	Scheda D22Z_D.M. 12/03/2019	SIAD	Tasso Assistiti in CIA 1=1,40 (soglia 2,6%) Tasso Assistiti in CIA 1+3,59 (soglia 1,9%) Tasso Assistiti in CIA 1+2,32 (soglia 1,5%)	se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente	se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente	se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente	sulla base delle soglie NSG 2021	DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE
050	Assistenza territoriale	050.010	Qualificazione assistenza territoriale	050.010.030	Efficacia/Adeguatezza clinica	050.010.030.010	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Scheda D03C_D.M. 12/03/2019	SDO	116,42 (soglia 200)	se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente		DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE, DIPARTIMENTO MEDICO, STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE, DIPARTIMENTO CARDIO/PNEUMOLOGICO/RIABILITATIVO, DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE, DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA
050	Assistenza territoriale	050.010	Qualificazione assistenza territoriale	050.010.030	Efficacia/Adeguatezza clinica	050.010.030.020	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	Scheda D27C_D.M. 12/03/2019	SDO	3,23 (soglia <6,8)	se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente		DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
050	Assistenza territoriale	050.010	Qualificazione assistenza territoriale	050.010.040	Efficienza nell'erogazione/Adeguatezza organizzativa	050.010.040.010	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.	Scheda D10Z_D.M. 12/03/2019	Flusso informativo specialistica ambulatoriale ex art. 50 L. n.326/2003 e s.m.i.	39% (soglia >=60%)	se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente	se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente	se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente	Per il calcolo dell'indicatore è necessario che siano correttamente valorizzati i campi: Data di prenotazione, Data di erogazione della prestazione, Tipo accesso, Classi di priorità, Garanzia dei tempi massimi. La valorizzazione dei suddetti campi deve es	CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO, DIPARTIMENTO MEDICO, STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE, DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE, DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE, DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE, DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO, DIPARTIMENTO ONCO/EMATOLOGICO/RADIOTERAPICO/RADIODIAGNOSTICO, STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE, UOC CON BUDGET AUTONOMO NEFROLOGIA E DIALISI
050	Assistenza territoriale	050.010	Qualificazione assistenza territoriale	050.010.050	Efficienza/adeguatezza organizzativa	050.010.050.010	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	Scheda D09Z_D.M. 12/03/2019	EMUR- FLUSSO 118	14	21	21	21		DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA
060	ASSISTENZA FARMACEUTICA	060.010	Assistenza farmaceutica	060.010.010	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	060.010.010.010	Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL/Regione	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente Denominazione: Popolazione residente Fattore di scala: (x1.000)	Farmaceutica convenzionata ex art. 50 L. N.326/2003 e s.m.i., flusso Distribuzione diretta e per conto (DM 31 luglio 2007), ISTAT Popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento	2955	7263	7263	7263	sulla base delle soglie NSG 2021	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO
060	ASSISTENZA FARMACEUTICA	060.010	Assistenza farmaceutica	060.010.020	Consumo di farmaci e dispositivi medici	060.010.020.010	Contenimento della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici								DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE, DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI, DIPARTIMENTO CARDIO/PNEUMOLOGICO/RIABILITATIVO, DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO, DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE, DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA, DIPARTIMENTO FARMACEUTICO, DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO, DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE, DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO, DIPARTIMENTO MEDICO, DIPARTIMENTO ONCO/EMATOLOGICO/RADIOTERAPICO/RADIODIAGNOSTICO, STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE, UOC CON BUDGET AUTONOMO NEFROLOGIA E DIALISI
060	ASSISTENZA FARMACEUTICA	060.020	Farmaceutica convenzionata	060.020.010	Diminuzione della spesa farmaceutica convenzionata	060.020.010.010	Spesa netta DCR aziendale convenzionata, al netto del valore del payback rilevato dal report AIFA spesa farmaceutica (ripartito sulla base della popolazione pesata della ASL) e addizionale del valore del ticket	Spesa netta DCR - PAYBACK + TICKET =< Tetto aziendale assegnato con Delibera di Giunta Regionale	Sistema informativo Direzionale Edotto	La spesa sostenuta nel 2023, pari ad € 54.998.741 così come risulta dal CE del Bilancio 2023, rientra nel tetto di spesa rideterminato pari ad € 58.175.031	100%	100%	100%	Rispetto del Tetto di spesa farmaceutica convenzionata aziendale assegnato con D.G.R. 511/2023	DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE, DIPARTIMENTO FARMACEUTICO
060	ASSISTENZA FARMACEUTICA	060.030	Farmaceutica acquisti diretti	060.030.010	Diminuzione della spesa farmaceutica convenzionata	060.030.010.010	Spesa netta farmaceutica Acquisti diretti rilevata da flussi dei consumi aziendali al netto del valore del payback rilevato dal report AIFA spesa farmaceutica (ripartito in maniera proporzionale al tetto aziendale rispetto al tetto regionale) di vaccini e	Spesa netta Acquisti Diretti farmaci e gas medicali - PAYBACK - spesa netta vaccini - spesa netta farmaci innovativi con accesso al fondo=<Tetto aziendale assegnato con Delibera di Giunta Regionale	Sistema informativo Direzionale Edotto	Obiettivo raggiunto secondo quanto riportato nell'Allegato 1.A della Relazione Performance 2023	100%	100%	100%	Rispetto del Tetto di spesa farmaceutica per acquisti diretti aziendale assegnato con D.G.R. 513/2023	UOC CON BUDGET AUTONOMO NEFROLOGIA E DIALISI, DIPARTIMENTO CARDIO/PNEUMOLOGICO/RIABILITATIVO, DIPARTIMENTO ONCO/EMATOLOGICO/RADIOTERAPICO/RADIODIAGNOSTICO, DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE, DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI, DIPARTIMENTO FARMACEUTICO, DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE, DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA, DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO, DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE, DIPARTIMENTO MEDICO

COD_MACRO-AREA OBIETTIVO	Area Strategica	COD_Area obiettivo	Obiettivi Strategici	COD_Obiettivo	Obiettivi Operativi	COD_Indicatore	Azioni/Indicatori	Formula indicatore	Flusso / Sistema informativo	Risultato 2023	Target 2025	Target 2026	Target 2027	Note / Descrizione	Dipartimento
060	ASSISTENZA FARMACEUTICA	060.040	Dispositivi medici	060.040.010	Diminuzione della spesa per dispositivi medici	060.040.010.010	Spesa per Acquisto diretto di DM rilevata dai Conti Economici aziendali	Spesa netta Acquisti Diretti DM --Tetto aziendale assegnato con Delibera di Giunta Regionale	Sistema informativo Direzionale Edotto	Obiettivo non raggiunto	100%	100%	100%	Raggiungimento dell' obiettivo minimo di riduzione di spesa assegnato per l'anno di riferimento con D.G.R. 512/2023	DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO, DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO, DIPARTIMENTO CARDIO/PNEUMOLOGICO/RIABILITATIVO, DIPARTIMENTO ASSISTENZA EMERGENZA URGENZA, DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE, DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI, UOC CON BUDGET AUTONOMO NEFROLOGIA E DIALISI, DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO, STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE, DIPARTIMENTO FARMACEUTICO
070	Investimenti strutturali	070.010	Capacità progettuale e spesa per investimenti	070.010.010	Rispetto degli obblighi previsti da PNRR nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR)	070.010.010.010	Raggiungimento del target di spesa	RAGGIUNTO/NON RAGGIUNTO	MIR /MIRWEB	Tutte le attività possibili sono state effettuate	100%	100%	100%		DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI
070	Investimenti strutturali	070.010	Capacità progettuale e spesa per investimenti	070.010.020	Rispetto degli obblighi previsti nel PNRR	070.010.020.010	Indicatore fissati nel OS	RAGGIUNTO / NON RAGGIUNTO	REGIS	Rispetto delle scadenze di milestone e target PNRR. Tutte le attività possibili sono state effettuate	100%	100%	100%	Rispetto delle scadenze di milestone e target PNRR	DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI
070	Investimenti strutturali	070.020	Completezza e Qualità dei Flussi informativi	070.020.010	Rispetto degli obblighi previsti da PNRR nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR)	070.020.010.010	Corretta implementazione dei dati nel sistema MIR per consentire la chiusura del programma 2014/2020	SI/NO	MIR /MIRWEB	Tutte le attività possibili sono state effettuate	100%	100%	100%		DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI
080	Medicina di Genere	080.010	Formazione operatori sanitari	080.010.010	Previsione obbligo formativo in medicina di genere	080.010.010.010	Organizzazione corso formativo	RAGGIUNTO / NON RAGGIUNTO		corso non organizzato	SI/NO	SI/NO	SI/NO		STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE
090	Prevenzione e Promozione della Salute	090.010	Piano Regionale Prevenzione	090.010.010	Completezza e qualità dei dati e realizzazione obiettivi PRP	090.010.010.010	Caricamento dati e documenti nella piattaforma nazionale PRP e raggiungimento obiettivi previsti dai Programmi del PRP (Questionario LEA 2021 - U.1.1)	1) Dati e documenti caricati entro i termini previsti dal Ministero / Dati e documenti previsti 2) Raggiungimento obiettivi annuali del PRP	Piattaforma Ministero	NON SONO LE ASL AD ALIMENTARE LA PIATTAFORMA MINISTERIALE. LA CERTIFICAZIONE DI RAGGIUNGIMENTO AVVIENE DAL MINISTERO DOPO CHE LE REGIONI CARICANO I DATI	1) 100% 2) 100%	1) 100% 2) 100%	1) 100% 2) 100%	Per gli obiettivi di ciascun Programma del PRP si vedano le schede di dettaglio già nella disponibilità delle ASL	DIPARTIMENTO PREVENZIONE
090	Prevenzione e Promozione della Salute	090.020	Flussi informativi dei Sistemi di sorveglianza	090.020.010	Completezza e qualità dei dati	090.020.010.010	Livello di qualità, completezza e tempestività nei flussi informativi previsti dal questionario LEA, da disposizioni nazionali e regionali afferenti all'ambito della prevenzione e della promozione della salute (Questionario LEA+Obblighi informativi Puglia)	Rapporto percentuale tra livello atteso di completezza e qualità dei dati e livello rilevato	Sistemi informativi nazionali e regionali	100%	100%	100%	100%	Rappresenta il livello di completezza, qualità e tempestività nell'alimentazione dei flussi informativi dell'ambito prevenzione e promozione della salute gestiti mediante sistemi informativi nazionali e regionali	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO, DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE, DIPARTIMENTO ONCO/EMATOLOGICO/RADIOTERAPICO/RADIOLOGICO, UOC CON BUDGET AUTONOMO NEFROLOGIA E DIALISI, DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI, DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO, DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA, DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE, DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO, DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE, DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE, DIPARTIMENTO PREVENZIONE, DIPARTIMENTO CARDIO/PNEUMOLOGICO/RIABILITATIVO, DIPARTIMENTO MEDICO, STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE
090	Prevenzione e Promozione della Salute	090.030	Prevenzione malattie infettive e vaccinazioni	090.030.010	Attuazione linee strategiche e organizzative del Piano Regionale Prevenzione Vaccinale (PRPV)	090.030.010.010	Adozione provvedimenti aziendali per l'organizzazione e il potenziamento dell'offerta vaccinale per il perseguimento degli obiettivi del PRPV	Azioni completate / Azioni previste dal PRPV	GIAVA + Rilevazioni "ad hoc"	non applicabile	80%	80%	80%	Si intende la percentuale di completamento delle azioni di dettaglio previste a carico di ciascuna ASL, ADU, IRCCS pubblico dal PRPV	DIPARTIMENTO PREVENZIONE
090	Prevenzione e Promozione della Salute	090.030	Prevenzione malattie infettive e vaccinazioni	090.030.020	PanFlu Puglia 2021-2023 e PanFlu Puglia 2024-2026	090.030.020.010	Adozione provvedimenti aziendali per l'organizzazione e il potenziamento delle attività previste dal PanFlu Puglia 2021-2023 e 2024-2026	Azioni completate / Azioni previste dal PanFlu Puglia	IRIS + "Rilevazioni "ad hoc"	non applicabile	50%	50%	50%	Si intende la percentuale di completamento delle azioni di dettaglio previste a carico di ciascuna ASL, ADU, IRCCS pubblico dal PanFlu	DIPARTIMENTO PREVENZIONE
090	Prevenzione e Promozione della Salute	090.030	Prevenzione malattie infettive e vaccinazioni	090.030.030	PNC PRACSI Investimento 1.1 "Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima"	090.030.030.010	Realizzazione interventi finanziati nei tempi previsti dal cronoprogramma e dagli Accordi ISS-Regione-ASL-ARPA-ISS al fine di rafforzare le strutture del SRPS-SNPA	Interventi realizzati e rendicontati / Cronoprogramma PNC-PRACSI	PNC PRACSI	100%	100%	100%	100%	Si intende la percentuale di completamento nei tempi previsti del cronoprogramma PNC PRACSI	DIPARTIMENTO PREVENZIONE
090	Prevenzione e Promozione della Salute	090.030	Prevenzione malattie infettive e vaccinazioni	090.030.040	Potenziamento attività di prevenzione vaccinale	090.030.040.010	Copertura vaccinale anti-HPV (NSG - P05C)	Rapporto percentuale tra numero di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con cicli completi e numero di bambine della rispettiva coorte di nascita.	GIAVA	67,31	≥ 95	≥ 95	≥ 95	Indicatore NO CORE	DIPARTIMENTO PREVENZIONE
090	Prevenzione e Promozione della Salute	090.030	Prevenzione malattie infettive e vaccinazioni	090.030.040	Potenziamento attività di prevenzione vaccinale	090.030.040.020	Copertura vaccinale anti-meningococcica C (NSG - P04C)	Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (1 dose nel secondo anno di vita; ovvero tre dosi nel corso del primo anno di vita se a rischio) per anti-meningococcica C e numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita.	GIAVA	85	≥ 95	≥ 95	≥ 95	Indicatore NO CORE	DIPARTIMENTO PREVENZIONE
090	Prevenzione e Promozione della Salute	090.030	Prevenzione malattie infettive e vaccinazioni	090.030.040	Potenziamento attività di prevenzione vaccinale	090.030.040.030	Copertura vaccinale anti-pneumococcica (NSG - P03C)	Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo, per età, per anti-pneumococcica e numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima).	GIAVA	91,33	≥ 95	≥ 95	≥ 95	Indicatore NO CORE	DIPARTIMENTO PREVENZIONE
090	Prevenzione e Promozione della Salute	090.030	Prevenzione malattie infettive e vaccinazioni	090.030.040	Potenziamento attività di prevenzione vaccinale	090.030.040.040	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) (NSG - P01C)	Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (3 dosi) e numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima).	GIAVA	95,14	≥ 95	≥ 95	≥ 95	Indicatore CORE	DIPARTIMENTO PREVENZIONE
090	Prevenzione e Promozione della Salute	090.030	Prevenzione malattie infettive e vaccinazioni	090.030.040	Potenziamento attività di prevenzione vaccinale	090.030.040.050	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) (NSG - P02C)	Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose e numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima).	GIAVA	95,14	≥ 95	≥ 95	≥ 95	Indicatore CORE	DIPARTIMENTO PREVENZIONE
090	Prevenzione e Promozione della Salute	090.030	Prevenzione malattie infettive e vaccinazioni	090.030.040	Potenziamento attività di prevenzione vaccinale	090.030.040.060	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (NSG - P06C)	Rapporto percentuale tra: numero di vaccinazioni antinfluenzali stagionali effettuate nei soggetti di età pari o superiore a 65 anni e popolazione residente degli ultrasessantacinquenni	GIAVA	54,3	≥75%	≥75%	≥75%	Indicatore NO CORE	DIPARTIMENTO PREVENZIONE
090	Prevenzione e Promozione della Salute	090.030	Prevenzione malattie infettive e vaccinazioni	090.030.050	PRCAR Puglia 2023-2025	090.030.050.010	Adozione provvedimenti aziendali per l'organizzazione e il potenziamento delle attività previste dal PRCAR 2023-2025	Azioni completate / Azioni previste dal PRCAR Puglia	da definire	62,50%	70%	70%	70%	Si intende la percentuale di completamento delle azioni di dettaglio previste a carico di ciascuna ASL, ADU, IRCCS pubblico dal PRCAR	DIPARTIMENTO PREVENZIONE
090	Prevenzione e Promozione della Salute	090.040	Screening oncologici	090.040.010	Potenziamento screening oncologici	090.040.010.010	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina (NSG - P15Ca) (Adesione)	Rapporto tra numero di soggetti residenti nella Regione che eseguono il test di screening di primo livello e numero di soggetti residenti nella Regione, in età target secondo le raccomandazioni ministeriali.	SiS	48,08%	55	55	55	L'adesione deve essere crescente rispetto all'anno precedente e tendente al 100% Il calcolo dell'indicatore avviene secondo la formula prevista dalle Note alla compilazione del Questionario LEA 2021	DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO, DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE, DIPARTIMENTO PREVENZIONE, DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE
090	Prevenzione e Promozione della Salute	090.040	Screening oncologici	090.040.010	Potenziamento screening oncologici	090.040.010.020	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella (NSG - P15Cb)	Rapporto tra numero di soggetti residenti nella Regione che eseguono il test di screening di primo livello e numero di soggetti residenti nella Regione, in età target secondo le raccomandazioni ministeriali, per ciascun programma (mammella, cervice uterin)	SiS	54,46%	40	40	40	L'adesione deve essere crescente rispetto all'anno precedente e tendente al 100% Il calcolo dell'indicatore avviene secondo la formula prevista dalle Note alla compilazione del Questionario LEA 2021	DIPARTIMENTO ONCO/EMATOLOGICO/RADIOTERAPICO/RADIOLOGICO, DIPARTIMENTO PREVENZIONE
090	Prevenzione e Promozione della Salute	090.040	Screening oncologici	090.040.010	Potenziamento screening oncologici	090.040.010.030	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto (NSG - P15Cc)	Rapporto tra numero di soggetti residenti nella Regione che eseguono il test di screening di primo livello e numero di soggetti residenti nella Regione, in età target secondo le raccomandazioni ministeriali.	SiS	19,06%	20	20	20	L'adesione deve essere crescente rispetto all'anno precedente e tendente al 100% Il calcolo dell'indicatore avviene secondo la formula prevista dalle Note alla compilazione del Questionario LEA 2021	DIPARTIMENTO PREVENZIONE, DIPARTIMENTO MEDICO

COD. MACRO-AREA OBIETTIVO	Area Strategica	COD_Area obiettivo	Obiettivi Strategici	COD_Obiettivo	Obiettivi Operativi	COD_Indicatore	Azioni/Indicatori	Formula indicatore	Flusso / Sistema informativo	Risultato 2023	Target 2025	Target 2026	Target 2027	Note / Descrizione	Dipartimento
090	Prevenzione e Promozione della Salute	090.050	Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani	090.050.010	Indicatore composito sugli stili di vita.	090.050.010.010	Proporzione di soggetti con comportamenti/stili di vita non salutari. (NSG - P14C)	% il soggetti che presentano un punteggio maggiore o uguale a due (inteso come somma dei punteggi relativi a 4 indicatori: Fumo/ eccesso ponderale, alcool e sedentarietà) sulla popolazione stimata residente ( 18 -69)	Sistema sorveglianza PASSI	dato non disponibile	< valore baseline	< valore baseline	< valore baseline	CORE	DIPARTIMENTO PREVENZIONE
100	Prevenzione e Sicurezza Alimentare	100.010	Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori	100.010.010	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e	100.010.010.010	Livello di copertura di base delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di	% = (% di copertura del PNR x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari x 0,2)	RADISAN	100%	100%	100%	100%	CORE	DIPARTIMENTO PREVENZIONE
100	Prevenzione e Sicurezza Alimentare	100.010	Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori	100.010.020	Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di controlli ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabilita su OSA Registrati	100.010.020.010	Numero di controlli minimi su OSA registrati ai sensi del Reg. CE 852/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Registrati Reg. CE 852/04	numero di ispezioni e audit effettuati/ numero di OSA Registrati Reg. CE 852/04*100	RIVERA - Rendicontazione All 9 Accordo Stato Regioni del 10 novembre 2016, rep 212	100%	20%	20%	20%		DIPARTIMENTO PREVENZIONE
100	Prevenzione e Sicurezza Alimentare	100.010	Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori	100.010.030	Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di controlli ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabilita su OSA Riconosciuti	100.010.030.010	Numero di controlli minimi su OSA riconosciuti ai sensi del Reg. CE 853/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Riconosciuti Reg. CE 853/04 ( NSG - P 132)	numero di ispezione e audit effettuati /numero di OSA Riconosciuti Reg. CE 853/04*100	RIVERA - Rendicontazione All 9 Accordo Stato Regioni del 10 novembre 2016, rep 213	100%	33%	33%	33%	NO CORE	DIPARTIMENTO PREVENZIONE
110	Prevenzione Sanità Veterinaria	110.010	Salute animale e igiene urbana veterinaria.	110.010.010	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il Cittadino.	110.010.010.010	Livello di copertura di base delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino (NSG - P1	% = (% aziende bovine controllate per anagrafe x 0,1) + (% aziende ovicaprine controllate per anagrafe x 0,05) + (% capi ovicaprine controllati per anagrafe x 0,05) + (% aziende suine controllate per anagrafe x 0,1) + (% aziende equine controllate per	Sistema Informativo Veterinario - VETINFO / Flusso PNAIA / Flusso informativo farmacosorveglianza	100%	100%	100%	100%	CORE	DIPARTIMENTO PREVENZIONE
120	Rapporti con gli erogatori privati	120.010	Qualificazione della spesa sanitaria	120.010.010	Riorganizzazione dell'assistenza sanitaria primaria	120.010.010.010	Adozione Regolamento AFT			Non adottato	SI/NO	SI/NO	SI/NO		DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE, DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO
120	Rapporti con gli erogatori privati	120.010	Qualificazione della spesa sanitaria	120.010.020	Sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati entro il 30/04	120.010.020.010	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale, ai sensi del D.Lgs n. 502/92		I contratti sono stati sottoscritti nel 2023 tenendo conto delle indicazioni regionali, sebbene oltre la scadenza del 30.04.2024. Pertanto si può ritenere raggiunto il presente obiettivo		SI/NO	SI/NO	SI/NO		DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO
130	Rischio Clinico	130.010	implementazione delle Raccomandazioni e monitoraggio del Rischio Clinico.	130.010.010	garantire l'implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali (applicabili alla propria realtà aziendale) monitorandone l'attuazione.	130.010.010.010	La valutazione è positiva qualora sia stato implementato, nell'arco di un triennio, il 90% delle Raccomandazioni (applicabili) con monitoraggio semestrale dell'attuazione.			SI	SI/NO	SI/NO	SI/NO	La valutazione sarà effettuata sulla base delle relazioni fornite dal Centro Regionale per la Sicurezza Sanitaria e la gestione del rischio del paziente	STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE
130	Rischio Clinico	130.010	implementazione delle Raccomandazioni e monitoraggio del Rischio Clinico.	130.010.020	elaborare, attraverso la propria Unità Aziendale di Gestione del Rischio, la relazione annuale sugli eventi avversi ed il Piano Annuale Rischio Sanitario (PARS) secondo le Linee di indirizzo predisposte dal Centro Regionale per la Sicurezza Sanitaria e i	130.010.020.010	Trasmissione da parte dei Direttori Generali al Centro Regionale per la Sicurezza Sanitaria e la gestione del rischio del paziente di una relazione annuale sugli eventi avversi e del Piano Annuale Rischio Sanitario (PARS)			NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	La valutazione sarà effettuata sulla base delle relazioni fornite dal Centro Regionale per la Sicurezza Sanitaria e la gestione del rischio del paziente	STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE
130	Rischio Clinico	130.010	implementazione delle Raccomandazioni e monitoraggio del Rischio Clinico.	130.010.030	promuovono e garantiscono l'attivazione di sinergie e collaborazioni formali tra Unità aziendale di gestione del Rischio e i soggetti responsabili di altre specifiche funzioni (rischio infettivo, sicurezza degli operatori, gestione qualità e accreditamen	130.010.030.010	Costituzione di un Board aziendale dedicato alla sicurezza delle cure con realizzazione di almeno n. 2 progetti multidisciplinari per anno di attività.			NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	La valutazione sarà effettuata sulla base delle relazioni fornite dal Centro Regionale per la Sicurezza Sanitaria e la gestione del rischio del paziente	STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE
140	Sanità Digitale	140.010	Digitalizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico	140.010.010	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0	140.010.010.010	Indicatori fissati nel DM 8/8/2022 - Documenti indicizzati/n.ro di prestazioni erogate	Documenti indicizzati/n.ro di prestazioni erogate	REGIS e sistema INI	non applicabile	>90%	>90%	>90%		DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI
140	Sanità Digitale	140.010	Digitalizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico	140.010.010	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0	140.010.010.020	Indicatori fissati nel DM 8/8/2022 - N.ro MMG che alimenta il FSE/n.ro MMG	N.ro MMG che alimenta il FSE/n.ro MMG	REGIS e sistema INI	non applicabile	85%	85%	85%		DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI
140	Sanità Digitale	140.010	Digitalizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico	140.010.010	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0	140.010.010.030	Indicatori fissati nel DM 8/8/2022 - N.ro documenti in CDA2/n.ro documenti indicizzati	N.ro documenti in CDA2/n.ro documenti indicizzati	REGIS e sistema INI	non applicabile	90%	90%	90%		DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI
140	Sanità Digitale	140.010	Digitalizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico	140.010.010	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0	140.010.010.040	Indicatori fissati nel DM 8/8/2022 - N.ro documenti firmati in PADES/n.ro documenti indicizzati	N.ro documenti firmati in PADES/n.ro documenti indicizzati	REGIS e sistema INI	non applicabile	90%	90%	90%		DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI
140	Sanità Digitale	140.020	Digitalizzazione Cartella Clinica Elettronica	140.020.010	Diffusione e corretta gestione della Cartella Clinica Elettronica	140.020.010.010	Utilizzo della Cartella Clinica Elettronica di reparto e progressiva dematerializzazione delle cartelle cliniche	Numero delle cartelle cliniche completamente digitali sul numero delle cartelle cliniche totali	sistema CCE	27,01729678	almeno 25%	almeno 25%	almeno 25%		DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE, DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI, DIPARTIMENTO CARDIO/PNEUMOLOGICO/RIABILITATIVO, DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO, DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA, DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE, DIPARTIMENTO MEDICO, DIPARTIMENTO ONCO/EMATOLOGICO/RADIOTERAPICO/RADIODIAGNOSTICO, DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE, STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE, UOC CON BUDGET AUTONOMO NEFROLOGIA E DIALISI
140	Sanità Digitale	140.030	Completezza e Qualità dei Flussi informativi	140.030.010	Aumento Assistenti over 65 in ADI come da DM 23.01.2023	140.030.010.010	Aumento delle prestazioni domiciliari inserite nel flusso per gli over 65	Baseline 2019+ Aumenti incrementali fissati da DM	NSIS	4,67	almeno + 25%	almeno + 25%	almeno + 25%		DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE
140	Sanità Digitale	140.030	Completezza e Qualità dei Flussi informativi	140.030.020	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	140.030.020.010	Assistenza Farmaceutica: riduzione dello scostamento tra i consumi trasmessi con i flussi distribuzione diretta, distribuzione per conto, consumi ospedalieri e il dato desumibile dal modello CE	totale flussi (DD,DP,CO) / totale valore CE	NSIS	Lo scostamento tra il valore estratto da Disar (pari ad € 96.608.361) e da quello desunto dal CE (pari ad € 89.521.328) è del 7,92%	almeno + 15%	almeno + 15%	almeno + 15%		DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO, DIPARTIMENTO FARMACEUTICO, STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE
A	OBIETTIVI DI MANDATO	A.980	OBIETTIVI DI MANDATO (D.G.R. n.1237 del 10.08.2023)	A.980.900	Attuazione del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 e degli altri Piani Nazionali e Regionali in materia di Prevenzione e Promozione della Salute (PNPV, PanFlu, PNCAR, PNA, etc)	A.980.900.110	Attuazione del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 e degli altri Piani Nazionali e Regionali in materia di Prevenzione e Promozione della Salute (PNPV, PanFlu, PNCAR, PNA, etc)								DIPARTIMENTO PREVENZIONE
A	OBIETTIVI DI MANDATO	A.980	OBIETTIVI DI MANDATO (D.G.R. n.1237 del 10.08.2023)	A.980.910	Contenimento della spesa del personale entro i limiti fissati dalla normativa vigente e rideterminazione della dotazione organica secondo le linee guida regionali	A.980.910.040	Contenimento della spesa del personale entro i limiti fissati dalla normativa vigente e rideterminazione della dotazione organica secondo le linee guida regionali								DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO
A	OBIETTIVI DI MANDATO	A.980	OBIETTIVI DI MANDATO (D.G.R. n.1237 del 10.08.2023)	A.980.920	Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012	A.980.920.160	Partecipazione ad almeno un evento formativo aziendale in materia di prevenzione della corruzione								COORDINAMENTO DELLE DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO OSPEDALIERO, DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE, DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI, DIPARTIMENTO CARDIO/PNEUMOLOGICO/RIABILITATIVO, DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO, DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE, DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA, DIPARTIMENTO FARMACEUTICO, DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO, DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE, DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO, DIPARTIMENTO MEDICO, DIPARTIMENTO ONCO/EMATOLOGICO/RADIOTERAPICO/RADIODIAGNOSTICO, DIPARTIMENTO PREVENZIONE, DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE, STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE, UOC CON BUDGET AUTONOMO NEFROLOGIA E DIALISI

COD_MACRO-AREA OBIETTIVO	Area Strategica	COD_Area obiettivo	Obiettivi Strategici	COD_Obiettivo	Obiettivi Operativi	COD_Indicatore	Azioni/Indicatori	Formula indicatore	Flusso / Sistema informativo	Risultato 2023	Target 2025	Target 2026	Target 2027	Note / Descrizione	Dipartimento
A	OBIETTIVI DI MANDATO	A.980	OBIETTIVI DI MANDATO (D.G.R. n.1237 del 10.08.2023)	A.980.930	Rispetto degli obblighi contenuti nei disciplinari, sottoscritti per la gestione dei fondi comunitari e/o nazionali, con particolare riferimento al pieno raggiungimento delle prevenzioni di spesa comunicate e dell'aggiornamento del sistema informativo di	A.980.930.120	Rispetto degli obblighi contenuti nei disciplinari, sottoscritti per la gestione dei fondi comunitari e/o nazionali, con particolare riferimento al pieno raggiungimento delle prevenzioni di spesa comunicate e dell'aggiornamento del sistema informativo di								DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI
B	OBIETTIVI A PENA DI DECADENZA	B.990	OBIETTIVI A PENA DI DECADENZA (D.G.R. n.1487 del 02.08.2019)	B.990.900	Conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali, definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri e	B.990.900.100	Conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali, definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri e								DIPARTIMENTO CARDIO/PNEUMOLOGICO/RIABILITATIVO, DIPARTIMENTO MEDICO, COORDINAMENTO DELLE DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO OSPEDALIERO, DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI, DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE, DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO, DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA, DIPARTIMENTO ONCO/EMATOLOGICO/RADIOTERAPICO/RADIOLOGICO, UOC CON BUDGET AUTONOMO NEFROLOGIA E DIALISI, DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE, DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE, DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO
B	OBIETTIVI A PENA DI DECADENZA	B.990	OBIETTIVI A PENA DI DECADENZA (D.G.R. n.1487 del 02.08.2019)	B.990.900	Controllo e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, entro i limiti del budget ad essi attribuito.	B.990.900.080	Controllo e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, entro i limiti del budget ad essi attribuito.								DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE, STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE
B	OBIETTIVI A PENA DI DECADENZA	B.990	OBIETTIVI A PENA DI DECADENZA (D.G.R. n.1487 del 02.08.2019)	B.990.910	Acquisto di beni e servizi. Gli Enti del SSR, ai sensi dell'art. 1, co. 449, della legge n. 296/2006 e dell'art. 15, co. 13, lett. d), del decreto legge n.95/2012, hanno l'obbligo di ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni attivate da In	B.990.910.040	Acquisto di beni e servizi. Gli Enti del SSR, ai sensi dell'art. 1, co. 449, della legge n. 296/2006 e dell'art. 15, co. 13, lett. d), del decreto legge n.95/2012, hanno l'obbligo di ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni attivate da In								DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO, DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI
B	OBIETTIVI A PENA DI DECADENZA	B.990	OBIETTIVI A PENA DI DECADENZA (D.G.R. n.1487 del 02.08.2019)	B.990.920	Controllo e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, entro i limiti del budget ad essi attribuito.	B.990.920.080	Controllo e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, entro i limiti del budget ad essi attribuito.								DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE, DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO
B	OBIETTIVI A PENA DI DECADENZA	B.990	OBIETTIVI A PENA DI DECADENZA (D.G.R. n.1487 del 02.08.2019)	B.990.930	Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel Sistema Informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali.	B.990.930.070	Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel Sistema Informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali.								DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO, DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE, DIPARTIMENTO MEDICO, DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE, DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE, DIPARTIMENTO FARMACEUTICO, DIPARTIMENTO CARDIO/PNEUMOLOGICO/RIABILITATIVO, DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE, DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO, DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA, DIPARTIMENTO ONCO/EMATOLOGICO/RADIOTERAPICO/RADIOLOGICO, STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE, UOC CON BUDGET AUTONOMO NEFROLOGIA E DIALISI, DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE, DIPARTIMENTO CARDIO/PNEUMOLOGICO/RIABILITATIVO, DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO, DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO, DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE, DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO, DIPARTIMENTO MEDICO, DIPARTIMENTO ONCO/EMATOLOGICO/RADIOTERAPICO/RADIOLOGICO, DIPARTIMENTO PREVENZIONE, DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE, STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE, UOC CON BUDGET AUTONOMO NEFROLOGIA E DIALISI
B	OBIETTIVI A PENA DI DECADENZA	B.990	OBIETTIVI A PENA DI DECADENZA (D.G.R. n.1487 del 02.08.2019)	B.990.940	Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria.	B.990.940.050	Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria.								DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO, DIPARTIMENTO MEDICO, DIPARTIMENTO ONCO/EMATOLOGICO/RADIOTERAPICO/RADIOLOGICO, DIPARTIMENTO PREVENZIONE, DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE, STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE, UOC CON BUDGET AUTONOMO NEFROLOGIA E DIALISI, COORDINAMENTO DELLE DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO OSPEDALIERO, DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE, DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI, DIPARTIMENTO FARMACEUTICO, DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO, STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE
B	OBIETTIVI A PENA DI DECADENZA	B.990	OBIETTIVI A PENA DI DECADENZA (D.G.R. n.1487 del 02.08.2019)	B.990.950	Rispetto delle leggi e del principio di buon andamento ed imparzialità dell'Amministrazione.	B.990.950.030	Rispetto delle leggi e del principio di buon andamento ed imparzialità dell'Amministrazione.								COORDINAMENTO DELLE DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO OSPEDALIERO, DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE, DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI, DIPARTIMENTO CARDIO/PNEUMOLOGICO/RIABILITATIVO, DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO, DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE, DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA, DIPARTIMENTO FARMACEUTICO, DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO, DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE, DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO, DIPARTIMENTO MEDICO, DIPARTIMENTO ONCO/EMATOLOGICO/RADIOTERAPICO/RADIOLOGICO, DIPARTIMENTO PREVENZIONE, DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE, STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE, UOC CON BUDGET AUTONOMO NEFROLOGIA E DIALISI
B	OBIETTIVI A PENA DI DECADENZA	B.990	OBIETTIVI A PENA DI DECADENZA (D.G.R. n.1487 del 02.08.2019)	B.990.950	Rispetto delle leggi e del principio di buon andamento ed imparzialità dell'Amministrazione.	B.990.950.040	Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione.								DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE, STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE, UOC CON BUDGET AUTONOMO NEFROLOGIA E DIALISI

Sezione 2.3:  
Rischi Corruttivi e Trasparenza

PIANO TRIENNALE  
DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE ASL BRINDISI



ASL Brindisi

PugliaSalute

# SEZIONE P.I.A.O. ASL BRINDISI “RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA”

AGGIORNAMENTO 2025 – 2027

## PREMESSA

La Legge 6 novembre 2012, n. 190 recante *“Disposizioni per la prevenzione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”* ha messo a disposizione delle amministrazioni pubbliche un primo quadro organico normativo e strategico delle attività per prevenire e contrastare la corruzione nel settore pubblico, prevedendo due livelli di intervento, a livello centrale e a livello decentrato.

Contestualmente ha fornito indirizzi per la elaborazione dei relativi strumenti di attuazione della strategia anticorruzione, del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) al livello nazionale, e del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) della singola amministrazione, a livello decentrato.

Il PTPC, con i suoi aggiornamenti, costituisce – per la sua peculiarità – un atto sovraordinato ad ogni altro atto della Azienda Sanitaria Locale della provincia di Brindisi, fatta eccezione dei provvedimenti soggetti ad approvazione regionale, e di conseguenza le disposizioni in esso contenute possono comportare la modificazione o la sostituzione di regolamenti, procedure e protocolli aventi efficacia interna.

Il presente Piano, al fine di articolare una strategia complessiva per la prevenzione ed il contrasto del rischio di corruzione e di illegalità nella ASL di Brindisi e di assicurarne la concreta attuazione con un’azione coordinata e sistemica, ha le seguenti funzioni:

- fornisce una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione, individuando le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio medesimo;
- indica gli interventi organizzativi volti a prevenire il rischio della corruzione;
- definisce procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo, negli stessi settori, la rotazione di dirigenti e

funzionari, nonché che le attività a rischio di corruzione devono essere svolte, ove possibile, dal personale specificamente selezionato e formato;

- definisce, per le attività individuate ai sensi del piano, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;

- stabilisce, con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi del piano, obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano;

- definisce procedure appropriate per monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;

- definisce procedure appropriate per monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;

- individua specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge;

- prevede e disciplina specificamente le **misure obbligatorie di prevenzione** previste dal PNA e integrate dalla Determinazione ANAC del 28 ottobre 2015, n.12.

Il Piano dell'ASL Brindisi è stato inizialmente adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 181 del 30.1.2014, su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione ed è stato trasmesso al Dipartimento della Funzione Pubblica ed alla Regione Puglia e al Collegio Sindacale e successivamente è stato aggiornato con cadenza annuale, con le deliberazioni D.G. n.734 del 5.5.2015 , n.190 del 3.2.2016, n. 191 del 31.1.2017, n. 214 del 31.01.2018, n. 192 del 31.01.2019, n. 240 del 31/01/2020, n 895 del 31/03/2021, n. 1727 del 30/06/2022, n 223 del 31/01/2023 (PIAO) e 231 del 31.1.2024.

Il Piano e i suoi aggiornamenti sono pubblicati sul sito internet dell'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Brindisi in una apposita sezione al link "Anticorruzione" del nuovo sito istituzionale gestito dalla Regione Puglia, all'indirizzo web: <http://www.sanita.puglia.it/web/asl-brindisi>, entrato in funzione dalla seconda metà mese di gennaio 2016.

Il Piano si applica a tutti i dipendenti e collaboratori a qualsivoglia titolo dell'Azienda Sanitaria Locale della provincia di Brindisi.

I Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, sono tenuti a notificare il piano aziendale di prevenzione della corruzione ai rispettivi dipendenti e collaboratori a qualsivoglia titolo al momento dell'assunzione in servizio e, successivamente, con cadenza periodica, in specie allorquando si sia proceduto a modifiche dello stesso.

Il Piano della ASL di Brindisi, per espressa previsione di legge, ha la durata di tre anni. Tenuto conto di tale valenza programmatica, tutte le previsioni contenute nel piano potranno costituire oggetto di modifica, aggiornamento, revisione e implementazione, anche a fronte di specifiche emergenti necessità, come modificazioni organizzative e sulla base specialmente dei dati esperienziali frattanto acquisiti, al fine di realizzare un sistema di interventi organizzativi volti alla prevenzione ed al contrasto del rischio della corruzione e dell'illegalità sempre più realmente e concretamente rispondente alle esigenze dell'Azienda.

Il presente aggiornamento al Piano viene proposto dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, dirigente amministrativo Dott.ssa Margherita BALDARI– atto di nomina Deliberazione n. 325 del 13.2.2024, (di seguito anche RPCT).

Il presente aggiornamento 2025 del Piano della ASL di Brindisi integra la strategia aziendale per

l'anticorruzione per il prossimo triennio, previa attuazione del nuovo Atto Aziendale, allo stato all'esame della Giunta Regionale nella sua bozza progettuale, presupposto indispensabile per la totale mappatura dei processi aziendali e completare la strategia anticorruzione aziendale e si integra nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione di seguito anche (PIAO)

## DEFINIZIONE DI CORRUZIONE

Poiché il PNA ed i PTPC sono uno strumento finalizzato alla prevenzione, il concetto di corruzione che viene preso a riferimento ha un'accezione molto ampia.

Esso è comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati. Le situazioni rilevanti sono più ampie della fattispecie penalistica, che è disciplinata negli artt. 318, 319 e 319 ter, c.p., e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I, del codice penale, ma anche le situazioni di *maladministration* in cui, a prescindere dalla rilevanza penale dei comportamenti, emerge un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa *ab externo*, sia che tale azione abbia successo sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo.

La **strategia nazionale di prevenzione della corruzione** è attuata mediante l'azione sinergica dei seguenti soggetti: Autorità Nazionale Anticorruzione, Corte dei Conti, Comitato interministeriale, Conferenza Unificata, Dipartimento della Funzione Pubblica (D.F.P.), Prefetti, S.N.A., PP.AA., enti pubblici economici e soggetti di diritto privato in controllo pubblico e, per la Sanità in particolare, con l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS).

## L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

Per quanto attiene a tutti gli aspetti legati all'organizzazione aziendale, al contesto, interno ed esterno nel quale si svolge l'attività aziendale, l'identità dell'Azienda stessa, intesa quale "mission" e pianificazione delle attività, si rimanda a quanto previsto nel Piano della Performance, riportato nella parte iniziale del P.I.A.O. del quale il presente Piano fa parte integrante e ne costituisce un'apposita Sezione, limitandosi a richiamare sinteticamente alcuni degli aspetti ritenuti rilevanti.

## LA STRATEGIA DI PREVENZIONE AZIENDALE A LIVELLO DECENTRATO

L'Azienda adotta gli interventi organizzativi, da applicarsi a tutte le sue attività, in particolare a quelle individuate come a rischio di corruzione e di illegalità ai sensi del Piano, al fine di realizzare un modello di prevenzione della corruzione e della illegalità completo, coerente, organico e diffuso, di garantirne la concreta attuazione e di prevedere una sistematica e capillare azione per verificarne l'efficace attuazione e la sua sostanziale idoneità, in vista della proposizione di ogni eventuale opportuna modifica tale da accrescerne la reale efficacia preventiva.

La violazione di tali misure di prevenzione, da parte dei dipendenti dell'Azienda Sanitaria Locale di Brindisi, in quanto violazione delle regole imposte dal presente piano, prevede l'attivazione di procedure delineate ai sensi del Piano spettanti ai dirigenti, per le aree di propria competenza, e al Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

Concorrono, altresì, a tale azione di vigilanza i Referenti del Responsabile della Prevenzione della corruzione individuati ai sensi del presente Piano.

L'effettività degli interventi organizzativi adottati dell'Azienda Sanitaria Locale BR per prevenire il rischio della

corruzione e della illegalità è garantita dal costante raccordo, ai sensi del Piano, tra il Responsabile della prevenzione della corruzione ed i propri Referenti, finalizzato a conseguire la attuazione in concreto di forme interne di controllo diffuso specificamente dirette alla prevenzione ed all'emersione di vicende di possibile esposizione al rischio corruttivo.

### OBIETTIVI STRATEGICI

Alla luce del contesto di riferimento richiamato, la formulazione della strategia nazionale anticorruzione è finalizzata al perseguimento dei seguenti obiettivi strategici:

- ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

L'elaborazione e l'attuazione della strategia tiene conto dei seguenti vincoli:

- il vincolo derivante dal carattere imperativo della normazione, che ha disciplinato appositi istituti che debbono essere implementati obbligatoriamente;
- il vincolo connesso al prevalente carattere innovativo della disciplina, che richiede interventi di tipo interpretativo per l'applicazione;
- il vincolo derivante dal carattere non omogeneo delle amministrazioni ed enti coinvolti, che richiede adattamenti e forme di flessibilità;
- il vincolo derivante dall'invarianza finanziaria, stante la mancanza di un finanziamento *ad hoc* nella legge e nei decreti attuativi.

Il PNA, con i suoi aggiornamenti, contiene una elencazione analitica delle misure attuative volte alla realizzazione dei suindicati obiettivi strategici – con la specificazione dei soggetti istituzionali competenti e dei relativi tempi di attuazione – da cui si genera l'aspettativa di realizzazione di specifici *target* con riferimento alle misure adottate da tutte le amministrazioni in relazione ai tre obiettivi strategici.

I principali strumenti previsti dalla normativa, oltre all'elaborazione del PNA, sono:

- adozione dei PTPC;
- adempimenti di trasparenza;
- codici di comportamento;
- rotazione del personale;
- obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse;
- disciplina specifica in materia di svolgimento di incarichi d'ufficio – attività ed incarichi extra-istituzionali;
- disciplina specifica in materia di conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti (*pantouflage – revolving doors*);
- incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali;
- disciplina specifica in materia di formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione;
- disciplina specifica in materia di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (*pantouflage – revolving doors*);
- disciplina specifica in materia di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. *Whistleblower*);
- formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione.

## OGGETTO, FINALITÀ ED AMBITO DI APPLICAZIONE DEL PIANO DELL'ASL DI BRINDISI

Il Piano dell'Azienda Sanitaria Locale BR disciplina l'attuazione del complesso degli interventi organizzativi disposti dall'Azienda per prevenire il rischio della corruzione e dell'illegalità, in applicazione della Legge 6 novembre 2012, n. 190, recante *"Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"*, nel rispetto dei relativi decreti attuativi, in osservanza delle intese in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8, comma I, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, in aderenza al Piano Nazionale Anticorruzione, nonché alle circolari, alle linee guida, alle direttive, alle indicazioni, agli indirizzi ed alle delibere del Dipartimento della Funzione Pubblica, della Autorità Nazionale Anticorruzione e dalle ulteriori pubbliche Autorità a vario titolo preposte all'azione di prevenzione del rischio di corruzione e d'illegalità.

Il Piano recepisce dinamicamente le modifiche alla legge, i decreti attuativi, le intese, le circolari, le linee guida, le direttive, le indicazioni, gli indirizzi e le delibere di cui al periodo che precede, nonché le prescrizioni del Piano Nazionale Anticorruzione.

Il Piano è imprescindibile atto di natura programmatica dell'ASL, in quanto le disposizioni di prevenzione della corruzione sono attuazione diretta del principio di imparzialità che deve regolare l'azione amministrativa, di cui all'art. 97 della Costituzione.

Il presente Piano, al fine di articolare una strategia complessiva per la prevenzione ed il contrasto del rischio di corruzione e di illegalità nella Azienda Sanitaria Locale BR e di assicurarne la concreta attuazione con un'azione coordinata e sistemica:

- ② fornisce una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione, individuando quelli nell'ambito dei quali è più elevato il rischio medesimo;
- ② indica gli interventi organizzativi volti a prevenire il rischio della corruzione;
- ② definisce procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo, negli stessi settori, la rotazione di dirigenti e funzionari, nonché che le attività a rischio di corruzione devono essere svolte, ove possibile, dal personale specificamente selezionato e formato;
- ② definisce, per le attività individuate ai sensi del presente piano, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- ② stabilisce, con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi del presente piano, obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano;
- ② definisce procedure appropriate per monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- ② definisce procedure appropriate per monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;
- ② individua specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge;

**I Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, sono tenuti a notificare il Piano ai rispettivi dipendenti e collaboratori a qualsivoglia titolo al momento dell'assunzione in servizio e, successivamente, con cadenza periodica, in particolare allorquando si sia proceduto a modifiche dello stesso.**

Il Piano rappresenta lo strumento attraverso il quale l'Azienda sistematizza e descrive un "processo" - articolato in fasi tra loro collegate concettualmente e temporalmente - che è finalizzato a formulare una strategia di prevenzione del fenomeno. In esso si delinea un programma di attività derivante da una preliminare fase di analisi che, in sintesi, consiste nell'esaminare l'organizzazione, le sue regole e le sue prassi di funzionamento in termini di "possibile esposizione" al fenomeno corruttivo. Ciò deve avvenire ricostruendo il sistema dei processi organizzativi, con particolare attenzione alla struttura dei controlli ed alle aree sensibili nel cui ambito possono, anche solo in via teorica, verificarsi episodi di corruzione.

Attraverso la predisposizione del Piano in sostanza, l'Azienda attiva azioni ponderate e coerenti tra loro capaci di ridurre significativamente il rischio di comportamenti corrotti. Ciò implica necessariamente una valutazione probabilistica di tale rischiosità e l'adozione di un sistema di gestione del rischio medesimo.

Il Piano quindi è un programma di attività, con indicazione delle aree di rischio e dei rischi specifici, delle misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici, dei responsabili per l'applicazione di ciascuna misura e dei tempi. Il Piano non è un documento di studio o di indagine, ma uno strumento per l'individuazione di misure concrete, da realizzare con certezza e da vigilare quanto ad effettiva applicazione e quanto ad efficacia preventiva della corruzione.

Il Piano è un documento di natura programmatica che ingloba tutte le misure di prevenzione obbligatorie per legge e quelle ulteriori, coordinando gli interventi. L'Azienda definisce la struttura ed i contenuti specifici del proprio Piano tenendo conto delle funzioni svolte e della specifica realtà amministrativa e sanitaria.

In accordo con quanto stabilito dalla legge n. 190/2012 e dal PNA, gli ambiti/macro settori presenti all'interno del Piano dell'Azienda, che ne assicurano una adeguata articolazione sono i seguenti:

#### **Soggetti**

Vengono indicati i soggetti coinvolti nella prevenzione con i relativi compiti e le responsabilità;

#### **Aree a rischio**

frutto della valutazione del rischio, tenendo conto comunque delle aree di rischio obbligatorie (art. 1, comma 16, L. n. 190/2012), comprese quelle di cui alla Determinazione ANAC n.12/2015;

#### **Misure obbligatorie e ulteriori**

sono indicate le misure previste obbligatoriamente dalla l. n. 190/2012, dalle altre prescrizioni di legge e dal P.N.A., e quelle ulteriori, con indicazione della tempistica e collegamento con l'ambito "soggetti" in relazione all'imputazione di compiti e di responsabilità;

#### **Tempi e modalità di attuazione**

sono indicati i tempi e le modalità di valutazione e controllo dell'efficacia del Piano adottato e gli interventi di implementazione e miglioramento del suo contenuto.

### **PIANO TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ (PTTI)**

Il PTTI dell'ASL di Brindisi con l'attuale aggiornamento, a seguito della razionalizzazione attuata dal d.lgs. 97/2016, viene integrato nel presente Piano come **sezione dedicata alla "Trasparenza" come misura di prevenzione della corruzione** ed è delineato coordinando gli adempimenti relativi agli obblighi di trasparenza previsti nel D. Lgs. n. 33/2013, e ss. mm. ed ii., con le aree di rischio, in modo da capitalizzare gli adempimenti posti in essere dall'amministrazione.

## Gestione del rischio

- indicazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, “aree di rischio”;
- l’Azienda – in aggiunta alle aree di rischio obbligatorie per tutte le amministrazioni – prevede ulteriori aree di rischio individuate in base alle proprie specificità;
- indicazione della metodologia utilizzata per effettuare la valutazione del rischio;
- schede di programmazione delle misure di prevenzione utili a ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, in riferimento a ciascuna area di rischio, con indicazione degli obiettivi, della tempistica, dei responsabili, degli indicatori e delle modalità di verifica dell’attuazione, in relazione alle misure di carattere generale introdotte o rafforzate dalla legge n. 190/2012 e dai decreti attuativi, nonché alle misure ulteriori introdotte con il presente Piano.

Il Piano dell’Azienda Sanitaria Locale BR – in considerazione del livello complesso della strutturazione aziendale e del suo articolarsi in un ampio territorio geografico – contiene tutti i raccordi per consentire il “governo” delle plurime articolazioni organizzative, centrali e periferiche.

## SOGGETTI E RESPONSABILITÀ DELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE DELLA ASL BRINDISI

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all’interno dell’A.S.L. BR sono:

- a. il Direttore Generale quale organo di indirizzo politico dell’Azienda;
- b. il Responsabile della prevenzione della corruzione;
- c. i referenti per la prevenzione della corruzione per l’area di rispettiva competenza;
- d. tutti i dirigenti per l’area di rispettiva competenza;
- e. l’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e gli altri organismi di controllo interno;
- f. l’Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD.);
- g. tutti i dipendenti dell’amministrazione;
- h. i collaboratori a qualsiasi titolo dell’amministrazione.

### IL DIRETTORE GENERALE

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

- designa il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, individuandolo di norma fra i dirigenti di ruolo in servizio;
- dispone le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell’incarico con piena autonomia ed effettività e dirette ad assicurare che il RPCTT svolga il suo delicato compito con autonomia ed imparzialità e al riparo da possibili ritorsioni;
- adotta il Piano integrato di attività e organizzazione (P.I.A.O.) costituito, tra le altre, anche dalla sezione dedicata al presente Piano denominata “Rischi Corruttivi e Trasparenza” ed i suoi aggiornamenti e si assicura della sua pubblicazione sul sito istituzionale;

- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione, quali – a mero titolo esemplificativo – i criteri generali per il conferimento e l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti ex art. 53 del d.lgs. n. 165/2001.

## **IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA – RPCT**

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione è nominato con deliberazione del Direttore Generale quale organo di indirizzo politico dell'Azienda ed a seguito della modifica apportata all'art. 1, co. 7, della legge 190/2012 dall'art. 41, co. 1, lett. f) del d.lgs. 97/2016, è previsto un unico Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT).

Il RPCT è individuato, di norma, tra i dirigenti amministrativi di ruolo in servizio, in caso contrario la scelta deve essere adeguatamente motivata. Al fine di rendere l'azione del RPCT effettiva nell'organizzazione aziendale, l'organo di indirizzo politico lo deve dotare di una struttura di supporto in cui sono presenti tutte le professionalità coinvolte nel processo di prevenzione della corruzione e trasparenza.

La designazione del Responsabile della prevenzione della corruzione deve essere comunicata alla Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).

All'ANAC va anche comunicato l'indirizzo di posta elettronica certificata del Responsabile della Prevenzione della Corruzione individuato dal Direttore Generale.

L'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza si configura, di norma, come incarico aggiuntivo a quello già ordinariamente svolto dal dirigente individuato.

L'Azienda si riserva tuttavia la facoltà, nell'ambito del proprio ordinamento e nei limiti dei vincoli relativi alle dotazioni organiche, di dedicare un apposito ufficio allo svolgimento della funzione di Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

Non può essere nominato Responsabile della Prevenzione della Corruzione un dirigente che sia stato destinatario di provvedimenti giudiziari di condanna o di provvedimenti disciplinari e che non abbia dato dimostrazione nel tempo di comportamento integerrimo.

Nella scelta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione va esclusa la presenza di situazioni di conflitto di interesse.

Non può essere nominato RPCT il dirigente Responsabile dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari, per la possibile ricorrenza di situazioni di conflitto di interesse che può essere determinato dalla sovrapposizione tra le due figure.

L'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione non può essere attribuito, di norma, a dirigenti collocati nell'ambito della diretta collaborazione dell'organo di indirizzo politico dell'Azienda, per la particolarità del vincolo fiduciario che li lega all'autorità di indirizzo politico e all'amministrazione. In presenza di più aspiranti all'incarico, l'Azienda acquisisce le disponibilità e le valuta.

Nell'affidamento dell'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione si segue un criterio di rotazione/alternanza tra più dirigenti.

Considerato il ruolo e le responsabilità che la legge attribuisce al Responsabile della Prevenzione della Corruzione la scelta deve ricadere su un dirigente che si trovi in una posizione di relativa stabilità, per evitare che la necessità di intraprendere iniziative penetranti nei confronti dell'organizzazione amministrativa possa essere compromessa anche solo potenzialmente dalla situazione di precarietà dell'incarico.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione resta in carica per anni tre e non può eccedere il mandato amministrativo del Direttore Generale. L'incarico può essere rinnovato per una sola volta.

L'appropriatezza delle risorse umane è assicurata non solo dal punto di vista quantitativo, ma anche qualitativo, con il supporto di elevate professionalità, che dovranno peraltro essere destinatarie di specifica formazione.

Considerata l'ampiezza e la delicatezza delle attribuzioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, l'Azienda valuta ogni misura che possa supportare lo svolgimento delle sue funzioni, assicurando autonomia e poteri di impulso.

A tale fine, l'Azienda valuta la necessità di adottare modifiche organizzative, nel rispetto dell'invarianza finanziaria, in modo da garantire la massima indipendenza del ruolo anche mediante la disponibilità di risorse adeguate.

## **FUNZIONI E PREROGATIVE DEL RPCT**

Il Responsabile della prevenzione della corruzione:

- a. elabora la proposta di piano della prevenzione della corruzione;
- b. definisce procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- c. verifica l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità;
- d. propone modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione;

Il RPCT inoltre verifica, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione ed individua, d'intesa con i dirigenti competenti e con il dirigente aziendale della formazione, il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità.

Lo stesso, entro il 15 dicembre di ogni anno, (o in altra data stabilita dall'ANAC), pubblica sul sito web dell'amministrazione una relazione recante i risultati dell'attività svolta e contestualmente la trasmette al Direttore Generale, quale organo di indirizzo politico dell'Azienda e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

Il Responsabile della prevenzione della corruzione riferisce sull'attività qualora lo ritenga opportuno e quando il Direttore Generale lo richieda. Nel caso in cui, nello svolgimento della sua attività, riscontri dei fatti che possono presentare una rilevanza disciplinare, deve darne immediata informazione affinché

possa essere avviata con tempestività la relativa procedura disciplinare.

Ove riscontri dei fatti suscettibili di dar luogo a responsabilità amministrativa deve presentare tempestiva denuncia alla competente Procura della Corte dei Conti per le eventuali iniziative in ordine all'accertamento del danno erariale. Per fatti che rappresentano notizia di reato deve presentare denuncia alla competente Procura della Repubblica e deve darne tempestiva informazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).

Ai sensi dell'art. 15 del D. Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, il Responsabile del piano anticorruzione, cura, anche attraverso le disposizioni dello stesso, per il tramite dei referenti, che nell'amministrazione siano rispettate le disposizioni del decreto medesimo sulla inconferibilità e incompatibilità degli incarichi. A tale fine contesta all'interessato l'esistenza o l'insorgere delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità di cui al citato decreto.

Il Responsabile del piano anticorruzione segnala altresì i casi di possibile violazione delle disposizioni dello stesso decreto all'Autorità Nazionale Anticorruzione, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla legge 20 luglio 2004, n. 215, nonché alla Corte dei Conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative.

Ai sensi dell'art. 19 del D. Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, lo svolgimento degli incarichi di cui al medesimo decreto in una delle situazioni di incompatibilità di cui ai capi V e VI comporta la decadenza dall'incarico e la risoluzione del relativo contratto, di lavoro subordinato o autonomo, decorso il termine perentorio di quindici giorni dalla contestazione all'interessato, da parte del Responsabile della prevenzione della corruzione, dell'insorgere della causa di incompatibilità. Restano ferme le disposizioni che prevedono il collocamento in aspettativa dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni in caso di incompatibilità.

Ai sensi dell'art. 15 del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione cura la diffusione della conoscenza dei codici di comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale sulla loro attuazione, ai sensi dell'articolo 54, comma 7, del decreto legislativo n.165 del 2001, la pubblicazione sul sito istituzionale e della comunicazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione, di cui all'articolo 1, comma 2, della legge 6 novembre 2012, n. 190, dei risultati del monitoraggio. Ai fini dello svolgimento delle attività previste dall'art. 15 del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, l'ufficio procedimenti disciplinari opera in raccordo con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

I compiti attribuiti al Responsabile della Prevenzione della Corruzione non sono delegabili, se non in caso di straordinarie e motivate necessità, riconducibili a situazioni eccezionali, mantenendosi comunque ferma nel delegante la responsabilità non solo *in vigilando* ma anche *in eligendo*.

L'imputazione della responsabilità per il verificarsi di fenomeni corruttivi in capo al Responsabile della Prevenzione della Corruzione non esclude che tutti i dipendenti delle strutture aziendali coinvolte nell'attività amministrativa mantengano, ciascuno, il personale livello di responsabilità in relazione ai compiti effettivamente svolti. Al fine di realizzare la prevenzione, l'attività del Responsabile della Prevenzione della Corruzione deve essere strettamente collegata e coordinata con quella di tutti i soggetti presenti nell'organizzazione dell'amministrazione.

Il provvedimento di revoca dell'incarico amministrativo di vertice o dirigenziale conferito al soggetto cui sono state affidate le funzioni di Responsabile della Prevenzione della Corruzione, comunque motivato, è comunicato all'Autorità Nazionale Anticorruzione che, entro trenta giorni, può formulare una richiesta di riesame qualora rilevi che la revoca sia correlata alle attività svolte dal Responsabile in materia di prevenzione della corruzione.

Nel caso in cui nei confronti del dirigente Responsabile della prevenzione della corruzione siano avviati procedimenti disciplinari o penali si procede all'applicazione dell'obbligo di rotazione ed alla conseguente revoca dell'incarico.

Per l'espletamento dei suoi compiti, il Responsabile della prevenzione della corruzione è investito di tutti i poteri di iniziativa e controllo su ogni attività aziendale e su ogni livello del personale e, in particolare, gli viene attribuita la facoltà di:

- effettuare, in qualsiasi momento, verifiche e chiedere atti, documenti e delucidazioni a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare, anche solo potenzialmente, corruzione e illegalità;

- accedere ad ogni tipologia di documento o dato aziendale rilevante in relazione all'esercizio delle sue funzioni;

- avvalersi della collaborazione di qualsiasi struttura e professionalità presente nell'azienda.

## **RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA E DISCIPLINARE DEL RPCT**

A fronte dei compiti che la legge attribuisce al responsabile sono previsti consistenti responsabilità in caso di inadempimento.

In caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165, e successive modificazioni, nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi tutte le seguenti circostanze:

- a) di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il piano di cui all'art. 1 comma 5 della legge n. 190/2012 e di aver osservato le prescrizioni di cui all'art. 1 commi 9 e 10 della stessa legge;
- b) di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del Piano.

In tal caso, la sanzione disciplinare a carico del Responsabile della Prevenzione della Corruzione non può essere inferiore alla sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da un minimo di un mese ad un massimo di sei mesi.

In caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal piano, il Responsabile della prevenzione della corruzione risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165, e successive modificazioni, nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare.

## **IL RPCT E LA NOMINA DEL RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE UNICA DELLE STAZIONI APPALTANTI (RASA)**

Il RPCT è altresì tenuto a sollecitare l'individuazione del soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA, istituita ai sensi dell'art. 33-ter del decreto legge 18 ottobre 2012, n.179, convertito, con modificazioni dalla legge n.221/2012), intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione, figura individuata nell'ASL Brindisi con deliberazione n. 2108 del 29.11.2018.

## **I REFERENTI DEL RPCT**

L'Azienda, in considerazione del carattere complesso della sua organizzazione amministrativa e sanitaria, tenendo conto anche dell'articolazione per centri di responsabilità, individua Referenti del

Responsabile della Prevenzione della Corruzione, che costituiscono punto di riferimento per la raccolta delle informazioni e le segnalazioni al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, fermi restando i compiti del Responsabile e le conseguenti responsabilità, che non possono essere derogati.

I Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione sono individuati, di norma, nei Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche.

Possono, altresì, essere individuati quali Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione, in aggiunta a quelli di cui al periodo che precede, ulteriori dirigenti in possesso di specifica professionalità.

L'incarico di Referente del Responsabile della Prevenzione della Corruzione si configura come incarico aggiuntivo a quello già ordinariamente svolto dal dirigente individuato e non dà luogo ad alcuna remunerazione aggiuntiva.

Il presente Piano individua I Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e gli altri soggetti nell'ambito dell'Azienda che sono tenuti a relazionare al Responsabile. Il Piano stabilisce obblighi periodici per relazionare al responsabile, fatte salve le situazioni di urgenza.

I soggetti con i quali il Responsabile della Prevenzione della Corruzione si relaziona assiduamente per l'esercizio della sua funzione sono:

1. l'U.P.D., per dati e informazioni circa la situazione dei procedimenti disciplinari, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, e per lo stato di aggiornamento e di rispetto del Codice di Comportamento di competenza del suddetto Ufficio;
2. l'OIV e gli altri organismi di controllo interno per l'attività di mappatura dei processi e valutazione dei rischi;
3. i Referenti, designati nel Piano, cui sono affidati specifici compiti di relazione e segnalazione;
4. i dirigenti, in base ai compiti a loro affidati dall'art. 16 del d.lgs. n. 165/2001.

La mancata risposta alle richieste di contatto e di informativa del Responsabile della Prevenzione della Corruzione da parte dei soggetti obbligati in base alle disposizioni del presente Piano è suscettibile di essere sanzionata disciplinarmente.

## **FUNZIONI DEI REFERENTI E OBBLIGHI DI INFORMAZIONE NEI CONFRONTI DEL RPCT**

L'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Brindisi, in considerazione del carattere complesso della sua organizzazione amministrativa e sanitaria e della pluralità di attività esercitate dalle proprie molteplici articolazioni, sia a livello centrale che periferico, dislocate peraltro in un'ampia area geografica, al fine di assicurare l'effettivo e concreto funzionamento dell'intero meccanismo di prevenzione approntato in modo diffuso con il presente piano, individua, con particolare riguardo alle attività individuate come a rischio di corruzione e d'illegalità, specifici obblighi di informazione nei confronti del RPCT, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano.

Al fine di garantire che il Responsabile della Prevenzione della Corruzione sia il destinatario di un flusso informativo costante, capillare e diffuso, sono individuati, con le modalità fissate nel presente piano, Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, cui sono affidate le

funzioni analiticamente previste nel piano medesimo, dirette a realizzare l'indispensabile raccordo strategico di tutte le articolazioni dell'Azienda con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

I Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione, in quanto individuati, di norma, nei Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, ed onerati delle funzioni previste nel presente piano, concorrono ad assicurare, in modo diffuso e capillare, azione coordinata, attività di controllo, di prevenzione e di contrasto della corruzione e dell'illegalità nell' Azienda.

I Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione concorrono alla svolgimento del fondamentale ruolo di impulso che la legge affida al RPCT inoltrando, con cadenza semestrale, a quest'ultimo una circostanziata e documentata relazione illustrativa delle attività svolte nell'esercizio delle proprie funzioni, segnalando con specifico riferimento alla articolazione cui sono preposti:

il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, in quanto chiamati ad operare nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione, con la precisazione del rispettivo c.d. bisogno formativo;

eventuali modifiche intervenute, rispetto al presente piano, nella individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione o eventuali mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'Azienda tali da richiedere una modifica del piano medesimo;

l'eventuale accertamento di significative violazioni delle prescrizioni del piano tali da richiederne una modifica;

gli interventi organizzativi realizzati, in relazione alle attività individuate come a rischio di corruzione e d'illegalità, per assicurare il rigoroso rispetto della legge e l'osservanza della massima trasparenza nella formazione, nella attuazione e nel controllo delle decisioni;

gli esiti del monitoraggio effettuato sul rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;

gli esiti del monitoraggio effettuato sui rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;

le esigenze, ai sensi del presente piano, in termini di rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;

qualsivoglia ulteriore informazione ritenuta utile per il pieno conseguimento delle finalità del presente piano di prevenzione della corruzione dell'Azienda Sanitaria Locale BR.

In aggiunta a tale relazione i Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione relazionano, con immediatezza e senza ritardo, su qualsivoglia elemento che richieda la necessità di immediati interventi.

Le relazioni redatte ai sensi dei due periodi che precedono sono inoltrate, oltre che al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, anche al Direttore Generale.

Gli obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione sono, infatti, assicurati anche ai sensi dell'art. 16 del d.lgs. n. 165 del 2001, che disciplina le funzioni dei dirigenti di livello dirigenziale generale, prevedendo che gli stessi concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti, forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle

attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo, provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura potenzialmente corruttiva.

Al fine di assicurare che il flusso informativo verso il Responsabile della Prevenzione della Corruzione sia connotato dalla massima costanza, capillarità e diffusione, i Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione attueranno, all'interno delle articolazioni cui sono rispettivamente preposti, un sistema "a cascata", con il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti, dipendenti e collaboratori a qualsivoglia titolo dell'Azienda, tale da garantire il pieno conseguimento delle finalità di cui al PTPC, nonché da assicurare che tutto il personale dell'Azienda sia coinvolto nell'attività di analisi e valutazione, nonché di proposta e definizione delle misure di monitoraggio per l'implementazione del piano di prevenzione della corruzione.

L'analisi delle segnalazioni è utilizzata anche al fine di elaborare indici, modelli e schemi di anomalia per orientare e rafforzare l'autonoma capacità diagnostica del rischio di corruzione ed illegalità e per verificare in concreto lo stato di attuazione e l'appropriatezza delle strategie di contrasto approntate, attraverso una comparazione delle diverse esperienze maturate.

I Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, inoltre:

segnalano con immediatezza, al Responsabile del Piano Anticorruzione, l'esistenza o l'insorgere di situazioni di inconferibilità o incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39/2013, affinché il Responsabile proceda alla relativa, dovuta contestazione;

segnalano, altresì, con immediatezza, al Responsabile del piano anticorruzione i casi di possibile violazione delle disposizioni dello stesso decreto, affinché il Responsabile li segnali all'Autorità Nazionale Anticorruzione, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla legge 20 luglio 2004, n. 215, nonché alla Corte dei conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative.

Ai Referenti del RPCT compete, in particolare:

- cooperare alla gestione del rischio, collaborando con il RPCT al fine di individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;
- assicurare un efficace flusso informativo tra il RPCT e i Responsabili delle articolazioni aziendali;
- verificare l'efficacia e l'idoneità del Piano e proporre eventuali modifiche o integrazioni;
- formulare proposte in merito all'adozione di soluzioni organizzative, sistemi di verifica e controllo, adozione/modificazione/integrazione di protocolli operativi e procedure e di ogni altra misura idonea a contrastare e prevenire il rischio di illegalità;
- cooperare col Responsabile PCT ai fini della definizione dei fabbisogni formativi e della selezione del personale da inserire nei relativi percorsi;
- cooperare ai fini dell'individuazione di meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio nelle aree maggiormente esposte;
- monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- monitorare l'adempimento degli obblighi di cui alla "Amministrazione trasparente" e individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge;

- monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;
- monitorare l'attività svolta dai Responsabili e Dirigenti delle strutture ricomprese nella macro- area di competenza, anche con riferimento agli obblighi di rotazione del personale negli incarichi relativi alle attività a più alto rischio corruzione, segnalando tempestivamente al Responsabile della Prevenzione ogni irregolarità o criticità riscontrata;
- vigilare, anche mediante verifiche e controlli a campione, sull'effettiva attuazione del Piano nell'ambito delle macro-aree di rispettiva competenza e segnalare tempestivamente al RPCT eventuali criticità e, in particolare, ogni fatto di natura corruttiva o situazione che possa rappresentare un potenziale rischio di commissione di fatti illeciti;
- segnalare al Responsabile del piano anticorruzione l'esistenza o l'insorgere delle situazioni di inconfiribilità o incompatibilità stabiliti dalla legge, affinché il Responsabile proceda alla relativa, dovuta contestazione;
- concorrere con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione a curare la diffusione della conoscenza del codice di comportamento nell'amministrazione ed il monitoraggio annuale sulla sua attuazione, in raccordo con l'Ufficio Procedimenti Disciplinari.

I Referenti possono avvalersi del supporto di collaboratori, ma le relative funzioni non sono delegabili.

In particolare il Direttore dell'Area Gestione del Personale dell'Azienda impartisce indirizzi ed istruzioni affinché sia assicurato che tutte le unità organizzative forniscano il loro apporto collaborativo al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, mediante un sistema articolato "a cascata".

I Referenti del RPCT della ASL Brindisi sono, con l'attuale aggiornamento, riportati nella seguente tabella, specificando che in caso di sostituzione dei Direttori, i sostituti subentrano anche nella loro qualità di Referenti del RPCT.

<b>STRUTTURA</b>	<b>DIRETTORE – REFERENTE</b>
DISTRETTO S.S. 1 BRINDISI	Direttore pro tempore
DISTRETTO S.S. 2 FASANO	Direttore pro tempore
DISTRETTO S.S. 3 FRANCAVILLA FONTANA	Direttore pro tempore
DISTRETTO S.S. 4 MESAGNE	Direttore pro tempore
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Direttore pro tempore

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	Direttore pro tempore
STRUTTURA DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE	Dirigente pro tempore
P.O. PERRINO	Direttore pro tempore
SERVIZI SOCIO SANITARI	Direttore pro tempore
P.O. FRANCAVILLA F.NA - OSTUNI	Direttore pro tempore
AREA GESTIONE DEL PATRIMONIO	Direttore pro tempore
AREA GESTIONE DEL PERSONALE	Direttore pro tempore
AREA GESTIONE RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE	Direttore pro tempore
RISK MANAGEMENT	Dirigente pro tempore
STRUTTURA BUROCRATICO LEGALE	Direttore pro tempore
AREA GESTIONE SERV. FARMACEUTICO	Direttore pro tempore

UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI	Responsabile pro tempore
UNITA' CONTROLLO DI GESTIONE	Direttore pro tempore
AREA GESTIONE TECNICA	Direttore pro tempore

### **I dirigenti per l'area di rispettiva competenza**

Tutti i dirigenti dell'Azienda, per l'area di rispettiva competenza:

- a) forniscono le informazioni richieste dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione, dai Referenti e dall'autorità giudiziaria;
- b) partecipano al processo di gestione del rischio;
- c) concorrono alla predisposizione di misure idonee a prevenire e contrastare il fenomeno della corruzione;
- d) concorrono al monitoraggio del livello di rischio delle aree di competenza relazionando, almeno semestralmente, al RPCT sugli eventi sentinella – indici di alert insieme individuati, o emergenti, per i singoli processi delle aree di rischio;
- e) assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti;
- f) verificano le ipotesi di violazione;
- g) dispongono, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva;
- h) osservano le misure contenute nel Piano

### **OBBLIGHI DI INFORMAZIONE NEI CONFRONTI DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E RESPONSABILITÀ DEI DIRIGENTI**

Nella definizione della strategia di prevenzione, assume un ruolo centrale la tempestiva e completa trasmissione al Responsabile della Prevenzione di tutti gli elementi, dati, informazioni che gli consentono di avere contezza di eventi o fattori sintomatici di potenziali situazioni patologiche e di definire le conseguenti misure correttive per rafforzare il sistema di prevenzione.

A tal fine, i Responsabili di Struttura e i Referenti delle macro-aree devono curare la tempestiva trasmissione al Responsabile della Prevenzione di tutte le informazioni utili alla sua attività, tra cui, a titolo di esempio:

- sentenze, provvedimenti, notizie, richieste dell'autorità giudiziaria o degli organi di polizia giudiziaria o di qualsiasi altra autorità dai quali si evinca lo svolgimento di indagini o di procedimenti nei confronti del

personale dipendente o convenzionato o comunque operante presso l'ASL per fatti di natura corruttiva o altri illeciti che possono configurare responsabilità disciplinare e/o erariale;

- atti di contestazione di illeciti disciplinari e i relativi provvedimenti di applicazione della sanzione o di archiviazione e relative motivazioni;

- richieste stragiudiziali e azioni giudiziarie di risarcimento, escluse quelle inerenti la responsabilità medica, salvo che ricorra l'elemento soggettivo del dolo;

- esiti di verifiche interne o di organismi esterni dalle quali emergano irregolarità, omissioni illegittimità nello svolgimento delle attività istituzionali o libero-professionali intra-moenia o nell'adozione dei relativi atti;

- richieste di assistenza legale per fatti di natura corruttiva o altri illeciti che possono configurare responsabilità disciplinare e/o erariale;

- transazioni concluse o ancora in corso di definizione, con menzione dell'oggetto;

- l'adozione di provvedimenti di autotutela e i motivi posti a fondamento dei medesimi;

- richieste di chiarimenti della Corte dei Conti;

- rilievi del Collegio Sindacale;

- relazioni dell'Organismo Indipendente di Valutazione;

- notizie relative ai cambiamenti organizzativi;

- segnalazioni da parte di dipendenti, personale convenzionato, collaboratori a qualsiasi titolo, utenti e cittadini relative a fatti di natura corruttiva o altri illeciti che possono configurare responsabilità disciplinare e/o erariale o comunque rilevanti ai fini della valutazione del rischio corruttivo;

- segnalazioni/denunce alla Corte dei Conti e alla Procura della Repubblica da parte dell'ASL nei confronti del personale dipendente, convenzionato o comunque operante presso l'ASL;

- ogni altra informazione concernente i contenziosi - amministrativi, civili, inclusi quelli in materia di lavoro - definiti o pendenti, in cui la SL BR sia parte ricorrente/attore o parte resistente/convenuta, con i motivi posti a fondamento della domanda, sintomatici di possibili aspetti patologici dell'azione amministrativa.

I Referenti, i Responsabili delle strutture di supporto e tutti i Responsabili delle altre articolazioni aziendali sono tenuti ad assicurare la massima collaborazione al Responsabile della prevenzione, provvedendo, tra l'altro, a fornire tempestivo riscontro alle sue richieste.

A norma dell'art. 16, comma 1, lett. L-bis, L-ter del D.Lgs. n. 165/2001, il mancato riscontro alle richieste di collaborazione e di informativa del RPCT è valutabile ai fini della responsabilità disciplinare.

A norma dell'art. 1, comma 33, l. n. 190/2012 la mancata o incompleta pubblicazione, da parte delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni di cui al comma 31:

- costituisce violazione degli *standard* qualitativi ed economici ai sensi dell'articolo 1, comma 1, del d.lgs. n. 198/2009,
- va valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del d.lgs. n. 165 del 2001;
- eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sugli strumenti informatici sono sanzionati a carico dei responsabili del servizio.

## **ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE (OIV) E GLI ALTRI ORGANISMI DI CONTROLLO INTERNO**

L' OIV (e gli altri organismi di controllo interno dell'Azienda):

- a) partecipa al processo di gestione del rischio;
- b) considera i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- c) svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa;
- d) esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Azienda.
- e) verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che il piano per la prevenzione della corruzione sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza.

### **L'UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI (U.P.D.)**

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.):

- a) svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
- b) provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria;
- c) cura l'adozione e l'aggiornamento del Codice di Comportamento;
- d) comunica tempestivamente i risultati della procedura disciplinare al Dirigente della Struttura di appartenenza del dipendente.
- e) relaziona periodicamente al RPCT riguardo alle segnalazioni di violazioni delle norme del Codice di Comportamento e allo stato dei relativi procedimenti disciplinari intrapresi, analizzando le modalità di commissione delle violazioni al fine dell'individuazione delle misure di prevenzione dei comportamenti illeciti verificatisi.

### **OBBLIGHI PER TUTTI I DIPENDENTI DELL'AZIENDA**

Tutti i dipendenti dell'Azienda:

- a) partecipano al processo di gestione del rischio;
- b) osservano le misure contenute nel Piano;
- c) segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'U.P.D.;
- d) segnalano casi di personale conflitto di interessi.

Tutti i dipendenti dell'Azienda rispettano le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti

nell'amministrazione. In particolare, i dipendenti rispettano le prescrizioni contenute nel piano per la prevenzione della corruzione, prestano la loro collaborazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, segnalano al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui siano venuti a conoscenza.

### **RESPONSABILITÀ DEI DIPENDENTI PER VIOLAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE**

Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione adottate dall'Azienda e trasfuse nel Piano devono essere rispettate da tutti i dipendenti e, dunque, sia dal personale di comparto che dalla dirigenza (art. 8 DPR 62/2013 Codice di comportamento generale). La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare (art. 1, comma 14, l. n. 190/2012).

### **OBBLIGHI PER I COLLABORATORI A QUALSIASI TITOLO DELL'AZIENDA**

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda osservano le misure contenute nel Piano e segnalano le situazioni di illecito.

### **PROCEDURE DI RACCORDO E COORDINAMENTO TRA I SOGGETTI DELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE DELLA ASL DI BRINDISI**

E' onere e cura del Responsabile della Prevenzione della Corruzione definire le modalità e i tempi di raccordo con gli altri soggetti competenti nell'ambito del Piano.

A tal fine, per approntare un efficace e concreto sistema di difesa a contrasto della c.d. *maladministration* prodotta da negative interferenze tra sfera pubblica e sfera privata dei pubblici agenti, è adottato, con il presente Piano di Prevenzione della Corruzione, un percorso ad andamento circolare con il coinvolgimento strutturale e funzionale:

- a) dei Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, anche in qualità di Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione;
- b) del Responsabile della Prevenzione della Corruzione anche nella veste di Responsabile della trasparenza;
- c) di tutti i dirigenti, i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda.

Il percorso di cui al precedente periodo è articolato, in modo circolare, secondo il seguente modello operativo e funzionale:

- 1) i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, anche in qualità di Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, assicurano in via ordinaria il controllo di regolarità dei procedimenti e delle attività ascrivibili alla competenza delle strutture cui sono rispettivamente preposti;
- 2) il Responsabile della Prevenzione della Corruzione sovrintende alle strategie di contrasto della corruzione e dell'illegalità;
- 3) il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, nella veste anche di Responsabile della Trasparenza sovrintende alle strategie finalizzate a garantire piena trasparenza e tesse alla concreta attuazione dell'ineludibile obiettivo di introdurre un contributo esterno di controllo da parte degli utenti

sullo svolgimento delle attività aziendali;

4) tutti i dirigenti, i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nel PTPC, segnalano le situazioni di illecito, segnalano casi di personale conflitto di interessi, prestano la loro collaborazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

I soggetti di cui al periodo che precede, nell'esercizio delle funzioni ivi descritte ed in considerazione della loro complementarità, sono tenuti a mantenere tra di loro un raccordo pienamente dinamico, al fine di garantire costantemente, nel contempo, la legittimità dell'azione amministrativa, l'efficacia e la concretezza dell'azione di prevenzione della corruzione, nonché il pieno conseguimento dei livelli di trasparenza.

Concorrono, altresì, alla concreta attuazione del percorso ad andamento circolare, adottato con il presente piano di prevenzione della corruzione, al fine di approntare un efficace e concreto sistema di difesa a contrasto della c.d. *maladministration*, nell'ambito delle rispettive competenze, il Direttore Generale quale autorità di indirizzo politico dell'Azienda, l'OIV e gli altri organismi di controllo interno e l'Ufficio Procedimenti Disciplinari.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, nell'esercizio delle sue attribuzioni, può in ogni momento, motivatamente, chiedere delucidazioni per iscritto a tutti i dirigenti e dipendenti su procedimenti, nonché su comportamenti, incidenti sulle attività istituzionali, che possono integrare anche solo potenzialmente rischio di corruzione ed illegalità. A tali motivate richieste scritte del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, i dirigenti ed i dipendenti interessati sono tenuti a fornire una tempestiva risposta scritta. Di tali iniziative il Responsabile della Prevenzione della Corruzione darà sollecita informativa al Direttore Generale dell'Azienda.

## INDIVIDUAZIONE DELLE AREE DI RISCHIO

L'individuazione delle aree di rischio ha la finalità di consentire l'emersione delle aree nell'ambito dell'attività dell'intera Azienda che debbono essere presidiate più di altre mediante l'implementazione di misure di prevenzione.

Rispetto a tali aree il Piano identifica le loro caratteristiche, le azioni e gli strumenti per prevenire il rischio, stabilendo le priorità di trattazione.

L'individuazione delle aree di rischio è il risultato di un processo complesso, che presuppone la valutazione del rischio da realizzarsi attraverso la verifica "sul campo" dell'impatto del fenomeno corruttivo sui singoli processi svolti nell'Azienda.

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

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

Le aree di rischio variano a seconda del contesto esterno ed interno e della tipologia di attività istituzionale svolta dalla specifica amministrazione.

Tuttavia, l'esperienza internazionale e nazionale mostrano che vi sono delle aree di rischio ricorrenti,

rispetto alle quali potenzialmente tutte le pubbliche amministrazioni sono esposte. In conseguenza, la L. n. 190/2012 ha già individuato delle particolari aree di rischio, ritenendole comuni a tutte le amministrazioni e specificate con il PNA e integrate con le aree di cui alla Determinazione ANAC del 28 ottobre 2015 n.12.

Le **aree di rischio obbligatorie e ulteriori** analizzate nel presente Piano sono le seguenti:

- **A “Acquisizione e progressione del personale – Incarichi e nomine”;**
- **B “ Gestione rilevazione presenze”;**
- **C “Affidamento di lavori, servizi e forniture – contratti pubblici”;**
- **D “Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario”;**
- **E “Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario”;**
- **F “Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio”;**
- **G “Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni”;**
- **H “Attività libero professionali e liste di attesa”**
- **I “Rapporti contrattuali con privati accreditati”;**
- **L “Farmaceutica, dispositivi ed altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni, rapporti con le case farmaceutiche;**
- **M “Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero”;**
- **N “Attività legali e procedimenti sanzionatori”;**
- **O “Gestione del blocco operatorio;**
- **P “Gestione dei rifiuti speciali”;**
- **Q “Assistenza distrettuale protesica”;**
- **R “Commissioni per l’accertamento degli stati di invalidità civile, cecità, sordomutismo, handicap e disabilità”;**

Le aree sopra riportate comprendono quelle obbligatorie previste dal PNA ed ulteriori aree di rischio che rispecchiano le specificità funzionali e di contesto aziendale e che scaturiscono dalla mappatura dei processi e dalla valutazione del rischio sin qui effettuata.

## **MISURE DI PREVENZIONE OBBLIGATORIE E ULTERIORI**

Il Piano dell’ASL BR determina, per ciascuna area di rischio individuata, esigenze di intervento, misure di prevenzione da implementare per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, con

l'indicazione di modalità, responsabili, tempi d'attuazione e indicatori.

Le misure si classificano come:

- **misure obbligatorie**, sono quelle la cui applicazione discende obbligatoriamente dalla legge o da altre fonti normative;
- **misure ulteriori**, sono quelle che, pur non essendo obbligatorie per legge, sono rese obbligatorie dal loro inserimento nel presente Piano.

Il Piano contiene tutte le misure obbligatorie per trattare il rischio e le misure ulteriori ritenute necessarie o utili, tenuto conto del contesto di riferimento dell'Azienda.

### **MISURE OBBLIGATORIE APPLICATE DALLA ASL BR**

- A. Codice di comportamento – diffusione di buone pratiche e valori;**
- B. Applicazione del criterio della rotazione del personale (dirigenti e funzionari);**
- C. Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse;**
- D. Svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali;**
- E. Conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti (Revolving Doors);**
- F. Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali (Revolving Doors);**
- G. Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (Pantouflage);**
- H. Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione;**
- I. Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (Whistleblower);**
- J. Formazione specifica;**
- K. Patti di integrità negli affidamenti;**
- L. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile.**
- M. Informatizzazione dei processi interni – ampliamento strumenti informatici e maggiore condivisione data base;**
- N. Accesso telematico a dati, documenti e procedimenti e riutilizzo dati, documenti, procedimenti d.lgs.82/2005 - (applicazione principi del Codice dell'Amministrazione Digitale);**
- O. Monitoraggio del rispetto dei termini procedurali: attraverso tale azione emergono omissioni**

**ritardi o anche ritmi del procedimento troppo veloci che possono essere sintomo di fenomeni corruttivi;**

Le **misure ulteriori** adottate dall'A.S.L. BR con il presente Piano – che integrano le misure di prevenzione obbligatorie per legge e trasversali, considerate in un'ottica strumentale alla riduzione del rischio di corruzione specifico aziendale, sono di seguito riportate-

## **MISURE ULTERIORI**

### **Rafforzamento degli strumenti di controllo:**

- intensificazione dei controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti e dagli utenti ai sensi degli artt. 46- 49 del D.P.R. n.445/2000 (artt. 71 e 72 del D.P.R. n. 445/2000) tramite la costituzione e/o il potenziamento dei servizi ispettivo aziendale di cui all'art. 1, comma 62, della Legge n.662/1996;
- affidamento delle ispezioni, dei controlli e degli atti di vigilanza di competenza dell'Azienda ad almeno due dipendenti abbinati secondo rotazione casuale;
- previsione della presenza di più funzionari in occasione dello svolgimento di procedure o procedimenti "sensibili" (ad alto rischio corruzione), anche se la responsabilità del procedimento o del processo è affidata ad un unico funzionario;
- introduzione di procedure che prevedano che i verbali relativi ai servizi svolti presso l'utenza debbano essere sempre sottoscritti dall'utente destinatario;
- in caso di delega di potere, programmazione ed effettuazione di controlli a campione sulle modalità di esercizio della delega;
- potenziamento, nell'ambito delle strutture esistenti della rete U.R.P. dell'Azienda, degli uffici per curare il rapporto con le associazioni e le categorie di utenti esterni (canali di ascolto), in modo da raccogliere suggerimenti, proposte sulla prevenzione della corruzione e segnalazioni di illecito, e veicolare le informazioni agli uffici aziendali competenti;
- Monitoraggio del livello di rischio attraverso la comunicazione obbligatoria periodica al RPCT degli indici individuati per ogni area e relativi processi che ne fanno parte
- svolgimento di incontri e riunioni periodiche tra dirigenti competenti in settori diversi per finalità di aggiornamento sull'attività dell'Azienda, circolazione delle informazioni e confronto sulle soluzioni gestionali, e previsione di report da trasmettere periodicamente al RPCT nei settori particolarmente a rischio;

per l'area di rischio "**Acquisizione e progressione del personale**":

- sorteggio dei componenti delle commissioni di concorso individuando modalità che assicurino maggiore trasparenza (valutazione dell'utilizzo della modalità in diretta streaming);
- obbligo di trasmissione di un report annuale al RPCT degli incarichi affidati senza espletamento della procedura di selezione, con indicazione del soggetto a favore del quale l'incarico è stato conferito, dell'oggetto, dell'importo/compenso previsto e delle ragioni del mancato espletamento della procedura selettiva;

per l'area di rischio "**Contratti pubblici**":

- misure di trasparenza: utilizzo della piattaforma telematica EmPULIA del soggetto aggregatore regionale;
- misure di controllo: verifiche interne, monitoraggio dei tempi procedurali, con particolare riferimento agli appalti finanziati con i fondi del PNRR;
- misure di organizzazione: ad es. rotazione del personale, formazione specifica dei RUP e del personale;
- stipula di patti di integrità;
- rilascio di dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità da parte di tutti i componenti, compreso il Presidente, delle commissioni giudicatrici;
- divieto di inserimento nei bandi di gara e nelle lettere di invito di clausole individualizzanti che possano comportare il riconoscimento o il condizionamento dei partecipanti alla gara o riferite a caratteristiche possedute in via esclusiva da specifici beni, servizi, forniture;
- obblighi informativi:
  - trasmissione di report semestrale al RPCT degli affidamenti suddivisi per tipologia di procedura adottata con indicazione delle ditte affidatarie, dell'oggetto e dell'importo dell'affidamento,
  - trasmissione di report semestrale al RPCT relativo alle proroghe/prosecuzioni dei rapporti contrattuali oltre l'originario termine di scadenza, o di copia dei relativi atti, con indicazione del soggetto a favore del quale è stata disposta la proroga/prosecuzione, dell'oggetto e importo della proroga/prosecuzione e delle ragioni del mancato espletamento della procedura di gara;

#### **Inserimento in strutture socio sanitarie pubbliche e private:**

- per l'attività relativa agli inserimenti nelle strutture socio sanitarie, si è proceduto nel corso dell'annualità 2024, con delibera n. 2783 del 23/12/2024, ad adottare, quale misura organizzativa di prevenzione, il regolamento avente ad oggetto "Procedure operative aziendali per l'accesso alla rete integrata dei servizi socio-sanitari di persone disabili, non autosufficienti, affetti da sindrome dello spettro autistico e nella fase terminale della vita", con il quale si sono predeterminate le procedure preliminari e propedeutiche alla presa in carico del paziente in condizioni di non autosufficienza, finalizzate al ricovero in strutture socio sanitarie residenziali, semiresidenziali e assistenza domiciliare, compresa la procedura di gestione della Lista di attesa unica provinciale.

#### **Attività di controllo nelle materie di competenza del Dipartimento di Prevenzione:**

- compatibilmente con le risorse di personale disponibili, affidamento dell'attività di controllo ufficiale, ad almeno due dipendenti abbinati secondo rotazione casuale e secondo criteri che assicurino il loro avvicendamento nei confronti dei destinatari della suddetta attività;
- definizione di un sistema di programmazione delle attività di campionamento ufficiale che garantisca la segretezza dei dati relativi ai destinatari (proprietari degli animali) delle medesime fino alla data di effettiva esecuzione;

#### **Area "ricerca, sperimentazione, sponsorizzazione, informazione scientifica":**

nel precedente aggiornamento era prevista la revisione del Regolamento interno del Comitato Etico e in materia di informazione scientifica ma tale attività, in base alla D.G.R. n. 712 del 22.05.2023 inerente la riorganizzazione dei Comitati Etici della Regione Puglia non rientra più tra le attività svolte dall'ASL BR per la quale è stata disposta la decadenza del Comitato Etico a partire dal 07/06/2023.

#### **Area “rilevazione presenze”:**

- monitoraggio mensile, da parte dei Responsabili di struttura e della Area Gestione del Personale, sulle timbrature fuori sede e sulle omesse timbrature e adozione delle conseguenti iniziative o misure correttive in caso di riscontrate anomalie/criticità;

#### **Area delle attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero:**

- la gestione delle procedure conseguenti all’evento morte è disciplinata dal Regolamento aziendale adottato con deliberazione n. 266 dell’11.2.2014;
- previsione di istituzione, presso ogni presidio in cui è allestita una camera mortuaria di pertinenza dell'ASL, ancorché non direttamente gestita, di un registro delle imprese aventi i requisiti rispondenti alla normativa

I Referenti, con riferimento alle strutture ricomprese nella macro-area di rispettiva competenza, verificano, con cadenza almeno annuale, l’effettiva adozione ed applicazione di procedure rispondenti ai principi definiti nel presente Piano e l’attuazione delle ulteriori misure individuate per ciascuno dei sopra elencati settori, dandone evidenza nella relazione da presentare al Responsabile della prevenzione entro il **31 ottobre di ogni anno.**

### **DEFINIZIONE DEL PROCESSO DI MONITORAGGIO SULL’IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO**

Il Piano individua il sistema di monitoraggio sull’implementazione delle misure e definisce un sistema di reportistica per consentire al Responsabile della Prevenzione della Corruzione di monitorare costantemente “l’andamento dei lavori” e di intraprendere le iniziative più adeguate nel caso di scostamenti.

Nell’ambito delle risorse a disposizione dell’Azienda, il monitoraggio è attuato mediante sistemi informatici che consentono la tracciabilità del processo e la verifica immediata dello stato di avanzamento.

### **INDIVIDUAZIONE DELLE MODALITÀ PER OPERARE L’AGGIORNAMENTO DEL PIANO**

Il Piano è adottato entro il 31 gennaio di ciascun anno (salvo diverse indicazioni dell’ANAC) e tiene conto dei seguenti fattori:

- normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- normative sopravvenute che modificano le finalità istituzionali dell’Azienda, mediante - a titolo semplificativo – la acquisizione di nuove competenze;
- emersione di rischi non considerati in fase di predisposizione del Piano;
- nuovi indirizzi o direttive contenuti nel P.N.A., come, la Determinazione ANAC n.12 del 28.10.2015 e successivi aggiornamenti ed integrazioni.

### **LA GESTIONE DEL RISCHIO**

Per “gestione del rischio” si intende l’insieme delle attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo l’Azienda con riferimento al rischio. L’intero processo di gestione del rischio richiede la partecipazione e l’attivazione di meccanismi di consultazione, con il coinvolgimento dei dirigenti per le

rispettive aree di competenza.

La gestione del rischio di corruzione è lo strumento utilizzato dall'Azienda per la riduzione delle probabilità che il rischio si verifichi. La pianificazione, mediante l'adozione del Piano, è il mezzo per attuare la gestione del rischio.

Per l'attività di identificazione, di analisi e di ponderazione dei rischi sarà costituito uno specifico gruppo di lavoro, al fine di far emergere gli aspetti salienti a seguito del confronto. L'Azienda attua, ai fini di una efficace gestione del rischio, il coinvolgimento degli utenti e di associazioni di consumatori che possono offrire un contributo con il loro punto di vista e la loro esperienza.

Le fasi principali - seguite dall'Azienda - vengono descritte di seguito e sono :

- mappatura dei processi attuati dall'Azienda;
- valutazione del rischio per ciascun processo;
- trattamento del rischio.

### MAPPATURA DEI PROCESSI ATTUATI DALL'AZIENDA

La mappatura dei processi consente l'individuazione del contesto entro cui deve essere sviluppata la valutazione del rischio. Nel corso delle precedenti edizioni del Piano è stato analizzato il livello del rischio delle Unità Operative in relazione alle proprie funzioni.

La mappatura consiste nell'individuazione del processo, (inteso come *“un insieme di attività interrelate, svolte all'interno dell'azienda che creano valore trasformando delle risorse - input del processo - in un prodotto finale - output del processo - a valore aggiunto, destinato ad un soggetto interno o esterno all'azienda”*) delle sue fasi e delle responsabilità per ciascuna fase.

Questa attività di mappatura dei processi consente l'elaborazione del “catalogo dei processi” che di volta in volta viene incrementato con nuovi processi, in base agli input esterni ed interni e ai cambiamenti organizzativi dell'azienda, sino a coprire tutta l'organizzazione aziendale.

**La mappatura dei processi della ASL Brindisi** è stata avviata in sede di aggiornamento del PTPC 2017 – 2019 partendo dalle aree di rischio obbligatorie, quali individuate dal Piano Nazionale della Anticorruzione e dalla Determinazione ANAC n. 12/2015, allargata anche ad alcune aree specifiche dell'Azienda (v. allegato n.1).

Nel corso del 2024 è stato dato avvio ad una revisione della suddetta mappatura, partendo dall'individuazione di una serie di “attività critiche” riferite ai processi relativi al nuovo codice degli appalti - D.lgs. n.36/2023, per la precisione a quelli disciplinati dalle norme speciali relative agli affidamenti finanziati con risorse del PNRR – D.l. n. 76/2020 e D.l. n.77/2021.

Per questi ultimi, si è proceduto all'elaborazione di un'apposita tabella, (v. allegato n. 2), riportante gli eventi rischiosi, le misure di contrasto ed i soggetti chiamati a darvi attuazione di cui alla disciplina del D.L. n. 77/2021;

La programmazione per l'anno in corso prevede che si prosegua, in collaborazione con le articolazioni aziendali interessate, individuate sulla base dell'attuale organizzazione aziendale, all'individuazione dei livelli di rischio (basso, medio, alto) e delle correlate misure di prevenzione/mitigazione.

### VALUTAZIONE DEL RISCHIO

L'attività di valutazione del rischio è fatta dall'Azienda per ciascun processo o fase di processo mappato.

Per valutazione del rischio si intende il processo di:

- Identificazione ;
- analisi,
- ponderazione del rischio.

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

L'attività di identificazione richiede che per ciascun processo o fase di processo siano fatti emergere i possibili rischi di corruzione. Questi emergono considerando il contesto esterno ed interno all'amministrazione, anche con riferimento alle specifiche posizioni organizzative presenti all'interno dell'Azienda.

I rischi vengono identificati mediante consultazione e confronto tra i soggetti coinvolti, tenendo presenti le specificità dell'Azienda, di ciascun processo e del livello organizzativo a cui il processo o la sottofase si colloca;

Un utile contributo può essere dato dai dati tratti dall'esperienza e, cioè, dalla considerazione di precedenti giudiziari (in particolare, i procedimenti e le decisioni penali o di responsabilità amministrativa) o disciplinari (procedimenti avviati, sanzioni irrogate) che hanno interessato l'Azienda.

L'attività di identificazione dei rischi deve essere svolta dall'Azienda preferibilmente nell'ambito di gruppi di lavoro, con il coinvolgimento dei dirigenti per l'area di rispettiva competenza. L'ASL Brindisi programma di individuare le professionalità necessarie per le diverse aree aziendali.

Il coordinamento generale dell'attività è assunto dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione, con il coinvolgimento dell'OIV, il quale contribuisce alla fase di identificazione mediante le risultanze dell'attività di monitoraggio sulla trasparenza ed integrità dei controlli interni (art. 14, comma 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009).

L'attività di identificazione dei rischi è svolta dall'Azienda anche mediante la consultazione e il coinvolgimento degli utenti, di associazioni di consumatori e di utenti che possono offrire un contributo con il loro punto di vista e la loro esperienza.

A seguito dell'identificazione, i rischi vengono inseriti in un "registro dei rischi".

A fini di supporto, una lista esemplificativa di possibili rischi per le quattro aree di rischio comuni e generali già indicate è illustrata nell'Allegato 3 del P.N.A.

## **METODOLOGIA DI PONDERAZIONE DEL RISCHIO**

L'analisi del rischio consiste nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto) per giungere alla determinazione del livello di rischio.

Affinché l'analisi del rischio non sia una mera dichiarazione di intenti e un mero adempimento burocratico, ma costituisca un presidio efficace del rischio corruttivo all'interno dell'organizzazione per risolvere problemi concreti.

La gestione del rischio deve essere strutturata, sistematica, tempestiva, basata sulle migliori informazioni possibili e tener conto dei fattori umani e culturali.

Per ciascun rischio catalogato l'Azienda stima il **valore della probabilità** e il **valore dell'impatto**.

Il Piano Nazionale Anticorruzione con la Tabella Allegato 5, per stimare la probabilità e l'impatto

e per valutare il livello di rischio del processo suggerisce di seguire la metodologia della norma UNI ISO 31000:2010 che definisce principi e linee guida per la gestione del rischio generale.

Detti principi, dettagliando gli indici di *probabilità* e di *impatto*, e fornendo la graduazione sia per il primo sia per il secondo, unitamente all'attribuzione di un punteggio a ciascuna risposta fornita, consente una consequenziale graduazione del rischio delle attività riconducibili alle aree individuate dal PNA.

L'applicazione di tale metodologia al settore sanità presenta diverse criticità dal momento che le attività analizzate non sempre sono riconducibili ai punteggi delle variabili previsti nel PNA con conseguente sottovalutazione del rischio considerando che la media aritmetica utilizzata è un valore compensativo.

In alternativa alla media aritmetica, in sede di iniziale mappatura si è preferito utilizzare, seguendo gli orientamenti assunti in sede del Tavolo tecnico permanente di Area Vasta Emilia Centro per la prevenzione e la trasparenza, in quanto appare più corretto il "criterio del valore massimo" delle due dimensioni (impatto e probabilità dell'all. 5 del PNA) che nell'analisi del processo riportano il punteggio più alto.

Il livello di rischio (probabilità x impatto) è stato correlato ai seguenti parametri: Valore

finale da 1 a 6 = Rischio basso (B)

Valore finale da 8 a 12: Rischio medio (M)

Valore finale da 15 a 25: Rischio alto (A)

La **stima della probabilità** tiene conto, tra gli altri fattori, dei controlli vigenti. A tal fine, per controllo si intende qualunque strumento di controllo utilizzato nell'Azienda che sia utile per ridurre la probabilità del rischio (e, quindi, sia il sistema dei controlli legali, come il controllo preventivo e il controllo di gestione, sia altri meccanismi di controllo utilizzati nell'Azienda, come – a mero titolo esemplificativo – i controlli a campione in casi non previsti dalle norme). La valutazione sull'adeguatezza del controllo è fatta considerando il modo in cui il controllo funziona concretamente nell'Azienda. Per la stima della probabilità, quindi, non rileva la previsione dell'esistenza in astratto del controllo, ma la sua efficacia in relazione al rischio considerato.

**L'impatto** si misura in termini di:

- impatto economico
- impatto organizzativo
- impatto reputazionale

Il valore della probabilità e il valore dell'impatto debbono essere moltiplicati per ottenere il valore complessivo, che esprime il **livello di rischio del processo**.

Per l'attività di analisi del rischio il RPCT si è avvalso del supporto dell'OIV, (predisposizione di una tabella da sottoporre ai dirigenti per la raccolta dei dati) ed ha coinvolto i dirigenti responsabili, per le informazioni di rispettiva competenza, sotto il suo coordinamento generale.

La ponderazione 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.

L'analisi dei rischi permette di ottenere una classificazione degli stessi in base al livello di rischio più o meno elevato. A seguito dell'analisi, i singoli rischi ed i relativi processi sono inseriti in una classifica del livello di rischio. Le fasi di processo, i processi o gli aggregati di processo per i quali siano emersi i più elevati livelli di rischio vanno ad identificare le aree di rischio, che rappresentano le attività più sensibili e da valutare ai fini del trattamento. La classifica del livello di rischio viene poi esaminata e valutata per elaborare la proposta di trattamento dei rischi.

La ponderazione è svolta sotto il coordinamento del Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

## IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO E LE MISURE PER NEUTRALIZZARLO

La fase di trattamento del rischio consiste nel processo per modificare il rischio, ossia nell'individuazione e valutazione delle misure che debbono essere predisposte per neutralizzare o ridurre il rischio e nella scelta di quali rischi si decide di trattare prioritariamente rispetto agli altri.

Al fine di neutralizzare o ridurre il livello di rischio, debbono essere individuate e valutate le misure di prevenzione, che sono obbligatorie o ulteriori. Non ci sono possibilità di scelta circa le misure obbligatorie, che debbono essere attuate necessariamente nell'Azienda. Per queste, l'unica scelta possibile consiste nell'individuazione del termine entro il quale debbono essere implementate, qualora la legge lasci questa discrezionalità, qualificandolo pur sempre come perentorio nell'ambito del Piano.

Le misure ulteriori debbono essere valutate in base ai costi stimati, all'impatto sull'organizzazione e al grado di efficacia che si attribuisce a ciascuna di esse. L'individuazione e la valutazione delle misure è compiuta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione, con il coinvolgimento dei dirigenti per le aree di competenza e l'eventuale supporto dell'OIV, tenendo conto anche degli esiti del monitoraggio sulla trasparenza ed integrità dei controlli interni (art. 14, comma 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009), e degli altri organismi di controllo interno.

### Le priorità di trattamento

Le decisioni circa la priorità del trattamento si basano essenzialmente sui seguenti fattori:

- livello di rischio: maggiore è il livello, maggiore è la priorità di trattamento;
- obbligatorietà della misura: va data priorità alla misura obbligatoria rispetto a quella ulteriore;
- impatto organizzativo e finanziario connesso all'implementazione della misura.

Le priorità di trattamento sono definite dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e la loro individuazione è la premessa per l'elaborazione della proposta di PTPC

### Il monitoraggio e le azioni di risposta

La gestione del rischio si completa con la successiva azione di monitoraggio, che comporta la valutazione del livello di rischio tenendo conto dello stato di attuazione delle attività previste e a seguito delle azioni di risposta a seguito delle misure di prevenzione introdotte. Questa fase è finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati e, quindi, alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione.

Essa è attuata dai medesimi soggetti che partecipano all'intero processo di gestione del rischio in stretta connessione con il sistema di programmazione e controllo di gestione e con l'U.O. Risk Management

Costituiscono ulteriori strumenti di monitoraggio i report annuali predisposti e trasmessi al RPCT dall'UPD (riportanti i dati quantitativi e qualitativi delle segnalazioni e dei procedimenti disciplinari); dalla Struttura Burocratica Legale (riportanti i dati quantitativi e qualitativi dei contenziosi promossi da e contro l'Azienda aventi ad oggetto fatti di natura corruttiva); dalla Struttura di Informazione e Comunicazione Istituzionale (riportanti i dati quantitativi e qualitativi dei reclami e segnalazioni ricevuti dall'Ufficio).

Sulla base delle risultanze e delle valutazioni dei dati, informazioni, proposte e suggerimenti acquisiti in

sede di monitoraggio e di quelli ulteriori eventualmente disponibili, quali segnalazioni ricevute tramite la procedura di whistleblowing o eventi sentinella comunicati dai Referenti del RPCT o da altri soggetti e strutture destinatari degli obblighi informativi nei confronti del RPCT, quest'ultimo predispone la propria Relazione annuale, curandone la Trasmissione alla Direzione Generale e all'OIV e la pubblicazione sul sito aziendale e sulla rete intranet entro il 15 dicembre di ogni anno o entro diverso termine stabilito dall'ANAC che, per l'anno 2025 è stato differito al 31/01/2025.

## **CRITERI PER L'INDIVIDUAZIONE DELLE ATTIVITÀ A PIÙ ALTO RISCHIO DI CORRUZIONE**

Si definiscono, al fine di individuare le priorità di intervento relative alle attività ad elevato rischio di intervento, le seguenti aree a rischio:

### **Rischio basso :**

- attività a bassa discrezionalità;
- Specifica normativa;
- Elevato grado di pubblicità degli atti procedurali;
- Valore economico del beneficio complessivo connesso all'attività inferiore in media ai €. 1.000,00;
- Potere decisionale sull'esito dell'attività in capo a più persone;
- Sussistenza di specifici meccanismi di verifica o controllo esterno;
- Rotazione dei funzionari dedicati all'attività;
- Monitoraggio e verifiche annuali

### **Rischio medio :**

- Attività a media discrezionalità (regolamentazione aziendale o normativa di principio, ridotta pubblicità);
- Controlli ridotti;
- Valore economico tra i € 1.000,00 e i €10.000,00 o, comunque, modesta gravità dell'evento che può derivare dal fatto corruttivo;
- Bassa rotazione dei funzionari dedicati;
- Monitoraggio e verifica semestrale;
- Definizione dei protocolli operativi o regolamenti;
- Implementazione misure preventive

### **Rischio alto :**

- Attività ad alta discrezionalità;
- Valore economico superiore a € 10.000,00 o, comunque, elevata gravità dell'evento che può derivare dal fatto corruttivo;
- Controlli ridotti;
- Potere decisionale concentrato in capo a singole persone;
- Rotazione dei funzionari dedicati solo in tempi molto lunghi;
- Rischio di danni alla salute in caso di abusi;
- Notevole casistica di precedenti storici di fatti corruttivi;
- Monitoraggio e verifica semestrale;
- Definizione di protocolli operativi o regolamenti;
- Verifiche a campione,;
- Implementazione di misure preventive

## **AREE DI RISCHIO INDIVIDUATE DAL PIANO DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE BR**

Con Deliberazione n. 302 del 17/02/2017 si approvava, a stralcio del definendo nuovo Atto Aziendale, la

riorganizzazione in senso dipartimentale della ASL Br, alla quale si apportavano modifiche ed integrazioni per effetto delle Deliberazioni n. 884 del 25/05/2017, n. 122 del 18/01/2018, n. 220 del 05/02/2018, n. 2154 del 15/10/2020, n. 2383 del 6/11/2020, n. 2145 del 19/8/2021, n. 2805 del 28/10/2021, n. 3212 del 06/12/2021 e n. 1206/2022 che hanno portato, di fatto, all'approvazione di un nuovo modello organizzativo in senso dipartimentale il cui regolamento funzionale è stato approvato con Deliberazione n. 1164 del 28/04/2021. Allo stato, come si è detto in precedenza, è all'esame della Giunta Regionale la nuova proposta di Atto Aziendale di cui all'art. 3, co. 1 bis, del D.Lgs. n. 502/1992.

Di seguito si riporta una valutazione del **grado di rischio delle aree aziendali**, basata sull'attuale organizzazione:

UU.OO. COINVOLTE	TIPI DI ATTIVITA'	GRADO DI RISCHIO
UOC – Chirurgia Generale P.O. Brindisi	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – Chirurgia Vascolare P.O. Brindisi	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – Urologia P.O. Brindisi	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – Chirurgia Generale P.O. Francavilla F.	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOSD – Chirurgia Generale P.O. Ostuni	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – Servizio Trasfusionale P.O. Brindisi	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOSD – Gastroenterologia	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – Neonatologia P.O. Brindisi	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – Ostetricia e Ginecologia P.O. Brindisi	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – Pediatria P.O. Brindisi	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – Ostetricia e Ginecologia P.O. Francavilla F.	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – Pediatria P.O. Francavilla F.	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – Oncologia P.O. Brindisi	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – Radioterapia P.O. Brindisi	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – Ematologia P.O. Brindisi	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – Accettazione d'Urgenza P.O. Brindisi	Assistenza	ALTO
UOC – Anestesia e Rianimazione P.O. Brindisi	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – Accettazione d'Urgenza P.O. Francavilla F.	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – Anestesia P.O. Francavilla F.	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – Accettazione d'Urgenza P.O. Ostuni	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOS – Anestesia P.O. Ostuni	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – S.E.U.S 118 (struttura territoriale)	Assistenza	MEDIO
UOC – Geriatria P.O. Brindisi	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – Medicina Interna P.O. Brindisi	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – Malattie Infettive P.O. Brindisi	Programmazione e controllo attività	MEDIO

UOC – Nefrologia e Dialisi P.O. Brindisi (comprende CAD Brindisi-S. Pietro V.)	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – Medicina Interna P.O. Francavilla F.	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – Medicina Interna P.O. Ostuni	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOSD – Endocrinologia, Malattie Metaboliche e Nutrizione clinica	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOSD – Angiologia e Diagnostica Vascolare	Programmazione e Controllo Attività	MEDIO
UO – Gastroenterologia	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – Neurologia P.O. Brindisi	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – Neurochirurgia P.O. Brindisi	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – Oculistica P.O. Brindisi	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOSD – Dermatologia	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOSD – Day Service Oculistica	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – Chirurgia Plastica P.O. Brindisi	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – Ortopedia e Traumatologia P.O. Brindisi	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – Ortopedia e Traumatologia P.O. Francavilla	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOS – Ortopedia e Traumatologia P.O. Ostuni	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – Otorinolaringoiatria P.O. Brindisi	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOSD – Breast Unit	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – Patologia Clinica P.O. Brindisi	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – Anatomia Patologica P.O. Brindisi	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOS – Patologia Clinica P.O. Francavilla F.	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOS – Patologia Clinica P.O. Ostuni	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – Radiodiagnostica P.O. Brindisi	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – Medicina Nucleare P.O. Brindisi	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – Radiodiagnostica P.O. Francavilla F.	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOS – Radiodiagnostica P.O. Ostuni	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOSD – Radiologia Interventistica	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOSD – Fisica Sanitaria	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – Farmacia Ospedaliera P.O. Brindisi	Rimborsi per erogazione farmaci, certificazioni, ispezioni-controlli, sussidi	ALTO
UOS – Farmacia Ospedaliera P.O. Francavilla F.	Rimborsi per erogazione farmaci, certificazioni, ispezioni-controlli, sussidi	MEDIO

UOC – Area Farmaceutica	Rimborsi per erogazione farmaci, certificazioni, ispezioni-controlli, sussidi	MEDIO
UOC – Distretto Socio Sanitario Brindisi	Controllo attività, assistenza specialistica convenzionata, assistenza sanitaria di base, assistenza protesica, assistenza domiciliare integrata	ALTO
UOC – Distretto Socio Sanitario Mesagne	Controllo attività, assistenza specialistica convenzionata, assistenza sanitaria di base, assistenza protesica, assistenza domiciliare integrata	ALTO
UOC – Distretto Socio Sanitario Francavilla F.	Controllo attività, assistenza specialistica convenzionata, assistenza sanitaria di base, assistenza protesica, assistenza domiciliare integrata	ALTO
UOC – Distretto Socio Sanitario Fasano	Controllo attività, assistenza specialistica convenzionata, assistenza sanitaria di base, assistenza protesica, assistenza domiciliare integrata	ALTO
UOSD – Fisiatria	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOS – Direzione Amministrativa DSS Brindisi e DSS Mesagne	Coordinamento attività	MEDIO
UOS – Direzione Amministrativa DSS Francavilla F. e DSS Ostuni/Fasano	Coordinamento attività	MEDIO
UO – Attività Consultoriali (sede DSS Brindisi)	Attività consultoriali	MEDIO
UOS – Cure Primarie (sede DSS Brindisi)	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – CSM Area Nord Francavilla F.	Valutazioni, inserimenti in strutture, liquidazioni	ALTO
UOC – CSM Area Sud Brindisi	Valutazioni, inserimenti in strutture, liquidazioni	ALTO
UOC – Servizio Dipendenze Patologiche	Assistenza e valutazione delle patologie delle dipendenze	MEDIO
UOC – SPDC Brindisi ( <i>UOC ospedaliera</i> )	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – SPDC Francavilla F. – Day Hospital	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOSD – NIAT	Valutazioni, inserimenti in strutture, liquidazioni	ALTO
UOSD – Psicologia Clinica	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – SIAN	Ispezioni, controlli e sanzioni conseguenti, atti autorizzatori e concessori, valutazione dei rischi, attività deliberativa e liquidazioni	ALTO
UOC – SISP	Ispezioni, controlli e sanzioni conseguenti, atti autorizzatori e concessori, valutazione dei rischi, attività deliberativa e liquidazioni	ALTO
UOC – SPESAL	Ispezioni, controlli e sanzioni conseguenti, atti autorizzatori e concessori, valutazione dei rischi, attività deliberativa e liquidazioni	ALTO
UOC – Veterinaria Area A	Ispezioni, controlli e sanzioni conseguenti, atti autorizzatori e concessori, valutazione dei rischi, attività deliberativa e liquidazioni	ALTO

UOC – Veterinaria Area B	Ispezioni, controlli e sanzioni conseguenti, atti autorizzatori e concessori, valutazione dei rischi, attività deliberativa e liquidazioni	ALTO
UOC – Veterinaria Area C	Ispezioni, controlli e sanzioni conseguenti, atti autorizzatori e concessori, valutazione dei rischi, attività deliberativa e liquidazioni	ALTO
UO – Coordinamento Screening	Coordinamento attività	MEDIO
UOC – Direzione Sanitaria P.O. Brindisi	Controllo attività	MEDIO
UOC – Direzione Sanitaria P.O. Francavilla F.	Controllo attività	MEDIO
UOC – Direzione Sanitaria P.O. Ostuni	Controllo attività	MEDIO
UOC - Area Gestione del Personale	Concorsi e procedure selettive, progressioni di carriera, affidamenti incarichi, autorizzazioni incarichi e attività dipendenti	ALTO
UOC – Gestione Risorse Economico-Finanziarie	Bilancio – ragioneria – pagamenti e incassi	MEDIO
UOC – Area Gestione del Patrimonio	Procedure di acquisizione di beni e servizi, contratti di forniture, tenuta cassa economale, tenuta magazzini aziendali	ALTO
UOC – Area Gestione Tecnica	Appalti di lavori, servizi e forniture (lavori e opere, manutenzioni) e affini – inventario beni mobili, gestione del patrimonio aziendale	ALTO
UU.OO.CC. – Direzioni Amministrative Presidi Ospedalieri Brindisi, Francavilla Fontana/Ostuni	Appalti di servizi e forniture – Gestione del trattamento accessorio del Personale – Autorizzazione Incarichi extra-Ufficio - compensi ALPI	ALTO
UOC – Struttura Burocratico Legale	Affidamento incarichi legali esterni, liquidazioni prestazioni	ALTO
UOC – Area Servizi Socio Sanitari	Erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi e ausili finanziari – Inserimenti in strutture, liquidazioni	ALTO
UOC – Programmazione e Controllo di Gestione	Coordinamento e controllo attività	MEDIO
UOC – Unità di Statistica ed Epidemiologia	Coordinamento attività	MEDIO
UOSD – Servizio Prevenzione e protezione Aziendale	Valutazione dei rischi, valutazione dei sinistri	MEDIO
UOSD – Sorveglianza Sanitaria	Visite e certificazioni	MEDIO
UOSD – Rischio Clinico e Medicina Legale	Coordinamento attività	MEDIO
UOSD – Struttura Informazione e Comunicazione Istituzionale	Obblighi di Informazione	BASSO
UOS – Sistemi Informativi	Appalti di Servizi e Forniture Obblighi di pubblicazione e aggiornamento dati, inventario apparecchiature informatiche	ALTO
UOS – Coordinamento Gestione anagrafe – CUP – tempi di attesa	Coordinamento attività	MEDIO
UOSA – Formazione aziendale Univers. e Qualita’	Affidamento incarichi esterni	ALTO
UOS – Ingegneria Clinica	Appalti di servizi, manutenzioni e affini	ALTO
UOSD – Coordinamento Professioni Sanitarie	Coordinamento attività	BASSO

UOSD – Affari Generali	Coordinamento attività	MEDIO
UOSD – UVAR	Coordinamento e controllo attività	MEDIO

## TRASPARENZA

La trasparenza rappresenta uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione e per l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa, in quanto consente ai cittadini:

- la conoscenza del responsabile per ciascun procedimento amministrativo e per ciascuna area di attività dell'amministrazione, (conseguendo, in tal modo, lo scopo della responsabilizzazione dei funzionari pubblici);
- la conoscenza dei presupposti per l'avvio e lo svolgimento del procedimento e, in conseguenza, se ci sono dei "blocchi" anomali del procedimento stesso;
- la conoscenza del modo in cui le risorse pubbliche sono impiegate e, in conseguenza, se l'utilizzo di risorse pubbliche è deviato verso finalità improprie;
- la conoscenza della situazione patrimoniale dei dirigenti e dei politici, in conseguenza, il controllo circa arricchimenti anomali verificatisi durante lo svolgimento del mandato.

La trasparenza dell'attività amministrativa, che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, è assicurata dall'Azienda Sanitaria Locale BR mediante la pubblicazione sul sito *web* istituzionale delle informazioni rilevanti stabilite dalla legge.

L'Azienda, in adesione alla *ratio* del D. Lgs. n. 33/2013, che ha rafforzato la qualificazione della trasparenza come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche – considera la trasparenza non come fine, ma come strumento per avere una amministrazione che opera in maniera eticamente corretta e che persegue obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità dell'azione, valorizzando l'*accountability* con i cittadini.

Gli obblighi di trasparenza previsti nel D. Lgs. n. 33/2013, costituiscono indicazioni di fonte primaria circa le modalità di pubblicazione dei documenti e delle informazioni rilevanti, nonché circa i dati da pubblicare per le varie aree di attività.

Restano comunque "ferme le disposizioni in materia di pubblicità previste dal codice di cui al D. Lgs n. 36/2016", nonché tutte le altre disposizioni già vigenti che prescrivono misure di trasparenza, tra cui quelle contenute nell'art. 4 della legge n. 15/2009, commi 7 e 8, che impongono misure di trasparenza sull'organizzazione e sull'attività alle "amministrazioni pubbliche".

Al principale quadro normativo in materia di trasparenza, costituito dal d.lgs. 33/2013, rilevanti modifiche sono state apportate dal d.lgs. 97/2016 che persegue, inoltre, l'importante obiettivo della razionalizzazione degli obblighi di pubblicazione precedentemente vigenti mediante la concentrazione e la riduzione degli oneri gravanti sulle amministrazioni pubbliche.

In questa direzione vanno interpretate le due misure di semplificazione introdotte all'art. 3 del d.lgs. 33/2013, prevedendo la possibilità di pubblicare informazioni riassuntive, elaborate per aggregazione, in sostituzione della pubblicazione integrale.

Si consideri, inoltre, quanto previsto all'art. 9-bis del d.lgs. 33/2013, introdotto dal d.lgs. 97/2016, in base al quale qualora i dati che le amministrazioni e gli enti sono tenute a pubblicare ai sensi del d.lgs. 33/2013 corrispondano a quelli già presenti nelle banche dati indicate nell'allegato B) del d.lgs. 33/2013, le amministrazioni e gli enti assolvono agli obblighi di pubblicazione mediante la comunicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti dagli stessi detenuti all'amministrazione titolare della corrispondente banca dati.

Nella sezione “Amministrazione trasparente” dei rispettivi siti istituzionali è inserito un mero collegamento ipertestuale alle banche dati contenenti i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione.

Sempre in un’ottica di semplificazione e coordinamento degli strumenti di programmazione in materia di prevenzione della corruzione possono interpretarsi le modifiche all’art. 10 del d.lgs. 33/2013. In base a queste ultime il Piano contiene, in una apposita sezione, l’individuazione dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del d.lgs. 33/2013.

Le nuove disposizioni normative stabiliscono, inoltre, che devono essere indicati i soggetti cui compete la trasmissione e la pubblicazione dei dati, perseguendo la finalità di una maggiore responsabilizzazione delle strutture interne delle amministrazioni ai fini dell’effettiva realizzazione di elevati standard di trasparenza.

Con lo scopo di innalzare la qualità e la semplicità di consultazione dei dati, documenti ed informazioni pubblicate nella sezione “Amministrazione trasparente” si ritiene opportuno fornire, l’esposizione in tabelle dei dati oggetto di pubblicazione: l’utilizzo, ove possibile, delle tabelle per l’esposizione sintetica dei dati, documenti ed informazioni aumenta, infatti, il livello di comprensibilità e di semplicità di consultazione dei dati, assicurando agli utenti della sezione “Amministrazione trasparente” la possibilità di reperire informazioni chiare e immediatamente fruibili; 2. indicazione della data di aggiornamento del dato, documento ed informazione: si ribadisce la necessità, quale regola generale, di esporre, in corrispondenza di ciascun contenuto della sezione “Amministrazione trasparente”, la data di aggiornamento, distinguendo quella di “iniziale” pubblicazione da quella del successivo aggiornamento.

**Un’importante modifica è quella apportata all’art. 8, co. 3, dal d.lgs. 97/2016:** trascorso il quinquennio o i diversi termini sopra richiamati, gli atti, i dati e le informazioni non devono essere conservati nella sezione archivio del sito che quindi viene meno. Dopo i predetti termini, la trasparenza è assicurata mediante la possibilità di presentare l’istanza di accesso civico ai sensi dell’art. 5.

La pubblicazione di **dati ulteriori** è prevista come contenuto dei PTPCT dalla l. 190/2012 (art. 1, co. 9, lett. f) e dall’art. 7-bis, co. 3 del medesimo d.lgs. 33/2013 laddove stabilisce che «le pubbliche amministrazioni possono disporre la pubblicazione nel proprio sito istituzionale di dati, informazioni e documenti che non hanno l’obbligo di pubblicare ai sensi del presente decreto o sulla base di specifica previsione di legge o regolamento», nel rispetto dei limiti posti a tutela degli interessi pubblici e privati indicati nell’art. 5-bis del d.lgs. 33/2013 e procedendo alla indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti.

Vanno pubblicati anche gli atti degli Organismi indipendenti di valutazione e degli organismi che svolgono funzioni analoghe agli OIV. La pubblicazione di tali dati è prevista anche nell’art. 31 rubricato «Obblighi di pubblicazione concernenti i dati relativi ai controlli sull’organizzazione e sull’attività dell’amministrazione». Per ragioni di semplificazione, pertanto, gli atti degli OIV, e degli organismi che svolgono funzioni analoghe, vanno pubblicati una sola volta nella sotto- sezione “Controlli e rilievi sull’amministrazione”.

Le amministrazioni e gli altri soggetti obbligati sono tenuti, pertanto, ad adottare, ordinariamente entro il 31 gennaio di ogni anno, un unico Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza in cui sia chiaramente identificata la sezione relativa alla trasparenza. Come già chiarito nel PNA 2016, in una logica di

semplificazione e in attesa della realizzazione di un'apposita piattaforma informatica, non deve essere trasmesso alcun documento ad ANAC. I PTPCT devono, invece, essere pubblicati sul sito istituzionale tempestivamente e comunque non oltre un mese dall'adozione.

## LA TRASPARENZA DEI CONTRATTI PUBBLICI A SEGUITO DELL'ENTRATA IN VIGORE DEL NUOVO CODICE DEI CONTRATTI PUBBLICI DI CUI D.LGS. N. 36/2023

Con riferimento a tutte le indicate procedure di affidamento, l'Autorità ha fornito puntuali indicazioni anche sui diversi regimi di trasparenza da attuare, in base alla data di pubblicazione del bando/avviso e dello stato dell'esecuzione del contratto alla data del 31.12.2023.

Nella Deliberazione n. 264/2023 l'Autorità ha chiarito che, per le procedure avviate dopo il 1° gennaio 2024, gli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici sono assolti dalle stazioni appaltanti e dagli enti concedenti:

- con la comunicazione tempestiva alla BDNCP, ai sensi dell'articolo 9-bis del d.lgs. 33/2013, di tutti i dati e le informazioni individuati nell'articolo 10 della deliberazione ANAC n. 261/2023;
- con l'inserimento sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente", di un collegamento ipertestuale che rinvia ai dati relativi all'intero ciclo di vita del contratto contenuti nella BDNCP. Il collegamento garantisce un accesso immediato e diretto ai dati da consultare riferiti allo specifico contratto della stazione appaltante e dell'ente concedente ed assicura la trasparenza in ogni fase della procedura contrattuale, dall'avvio all'esecuzione;
- con la pubblicazione in "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale dei soli atti e documenti, dati e informazioni che non devono essere comunicati alla BDNCP, come elencati nell'Allegato 1) della delibera n. ANAC 264/2023 e successivi aggiornamenti.

Alla luce delle disposizioni vigenti la trasparenza dei contratti pubblici è governata da norme differenziate, che determinano distinti regimi di pubblicazione dei dati e che possono essere ripartiti nelle seguenti fattispecie:

- Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ed esecuzione conclusa entro il 31 dicembre 2023.
- Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data del 31 dicembre 2023.
- Contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024.

TIPOLOGIA CONTRATTI	OBBLIGHI DI TRASPARENZA
A. Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1.07.2023 ed esecuzione conclusa entro il 31.12.2023.	Pubblicazione nella "Sezione Amministrazione trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti", secondo le indicazioni ANAC di cui all'All. 9) al PNA 2022.
B. Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 01.07.2023 ma non ancora conclusi alla data del 31.12.2023	Assolvimento degli obblighi di trasparenza secondo le indicazioni di cui al comunicato sull'avvio del processo di digitalizzazione che ANAC, d'intesa con il MIT, ha adottato con Delibera n. 582 del 13 dicembre 2023

C. Contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 01.01.2024	Pubblicazione mediante invio alla BDNCP e pubblicazione in AT secondo quanto previsto dalle disposizioni del nuovo Codice in materia di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti di cui agli artt. 19 e ssgg e dalle delibere ANAC nn. n. 261/2023 e n. 264/2023 (e relativo Allegato 1) e successivi aggiornamenti
---	---

## ACCESSO CIVICO

### **Accesso civico “semplice” per omessa pubblicazione di dati sottoposti ad obbligo.**

L’art. 5 del d.lgs. 33/2013, modificato dall’art. 6 del d.lgs. 97/2016, riconosce a chiunque: a) il diritto di richiedere alle Amministrazioni documenti, informazioni o dati per i quali è prevista la pubblicazione obbligatoria, nei casi in cui gli stessi non siano stati pubblicati nella sezione “Amministrazione trasparente” del sito web istituzionale (accesso civico “semplice”); b) il diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del d.lgs. 33/2013, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall’articolo 5-bis (accesso civico “generalizzato”). Per quest’ultimo tipo di accesso si rinvia alle apposite Linee guida in cui sono date indicazioni anche in ordine alla auspicata pubblicazione del c.d. registro degli accessi (Delibera ANAC n. 1309/2016, § 9). Per quanto riguarda gli obblighi di pubblicazione normativamente previsti, il legislatore ha confermato l’istituto dell’accesso civico volto ad ottenere la corretta pubblicazione dei dati rilevanti ex lege, da pubblicare all’interno della sezione “Amministrazione trasparente”. L’istanza va presentata al Responsabile per la prevenzione della corruzione e la trasparenza (RPCT), il quale conclude il procedimento di accesso civico con provvedimento espresso e motivato nel termine di trenta giorni. Sussistendone i presupposti, il RPCT avrà cura di pubblicare sul sito i dati, le informazioni o i documenti richiesti e a comunicare al richiedente l’avvenuta pubblicazione dello stesso, indicandogli il relativo collegamento ipertestuale. Nonostante la norma non menzioni più il possibile ricorso al titolare del potere sostitutivo, da una lettura sistematica delle norme, l’Autorità ritiene possa applicarsi l’istituto generale previsto dall’art. 2, co. 9-bis, della l. 241/90. Pertanto, in caso di ritardo o mancata risposta o diniego da parte del RPCT il richiedente può ricorrere al titolare del potere sostitutivo che conclude il procedimento di accesso civico come sopra specificato, entro i termini di cui all’art. 2, co. 9-ter della l. 241/1990. A fronte dell’inerzia da parte del RPCT o del titolare del potere sostitutivo, il richiedente, ai fini della tutela del proprio diritto, può proporre ricorso al Tribunale amministrativo regionale ai sensi dell’art. 116 del decreto legislativo 2 luglio 2010, n. 104. Le amministrazioni sono tenute a pubblicare, nella sezione “Amministrazione trasparente”, sottosezione “Altri contenuti”/“Accesso civico” gli indirizzi di posta elettronica cui inoltrare le richieste di accesso civico e di attivazione del potere sostitutivo.

### **Accesso civico “generalizzato” introdotto dal d.lgs. 97/2016 - FREEDOM OF INFORMATION ACT**

A fronte della rimodulazione della trasparenza on line obbligatoria, l’art. 6 del d.lgs.97/2016, nel novellare l’art. 5 del d.lgs. 33/2013, ha disciplinato anche un **nuovo accesso civico**, molto più ampio di quello previsto dalla precedente formulazione, riconoscendo a chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, l’accesso ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, 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.

Con riguardo al c.d. “accesso civico generalizzato”, l’Autorità, ha adottato specifiche Linee guida recanti

indicazioni operative con Determinazione n. 1309 *“Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all’accesso civico di cui all’art. 5 comma 2 del d.lgs. 33/2013”* - Art. 5- bis, comma 6, del d.lgs. n. 33 del 14/03/2013 recante «Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni».

## **MISURE ULTERIORI ALL’INTERNO DELLA MISURA “TRASPARENZA” DELLA ASL BRINDISI**

Considerata la portata innovativa della disciplina dell’accesso generalizzato, che si aggiunge alle altre tipologie di accesso, la ASL Brindisi procederà ad una revisione del regolamento interno sull’accesso che fornisca un quadro organico e coordinato dei profili applicativi relativi alle tre tipologie di accesso, con il fine di dare attuazione al nuovo principio di trasparenza introdotto dal legislatore e di evitare comportamenti disomogenei tra i vari uffici aziendali. Con il presente Piano si stabiliscono comunque, i principi fondamentali a cui il regolamento aziendale revisionato si dovrà uniformare.

In particolare, la ASL di Brindisi, anche in un’ottica di semplificazione, prevede di istituire nel suo sito istituzionale :

**1. una sezione dedicata alla disciplina dell’accesso documentale ex legge 241/1990;**

**2. una seconda sezione dedicata alla disciplina dell’ACCESSO CIVICO tout court, distinguendo al suo interno l’accesso civico “semplice”, connesso agli obblighi di pubblicazione di cui al d.lgs. n. 33, da quello “generalizzato”, con una unica modulistica che includa ambedue le tipologie di accesso.**

Tale ultima sezione dovrebbe disciplinare gli aspetti procedurali interni per la gestione delle richieste di accesso generalizzato, in particolare:

a) indicare i soggetti competenti a decidere sulle richieste di accesso civico per la ASL Brindisi come segue: Ufficio Relazioni con il Pubblico o Ufficio Privacy o, indifferentemente, Uffici detentori dei dati o della documentazione e il RPCT.

Per l’istanza di accesso civico semplice (per dati sottoposti ad obbligo di pubblicazione ex d.lgs. 33/2013, e non pubblicati) è titolare in prima istanza il RPCT, anche se indirizzato ad altro ufficio dal richiedente;

b) provvedere a disciplinare la procedura per la valutazione caso per caso delle richieste di accesso stabilendo che una errata qualificazione del tipo di accesso (semplice o generalizzato), da parte del cittadino non legittima l’Amministrazione al rigetto della richiesta, (si rinvia al regolamento aziendale che verrà revisionato);

c) pubblicare il link del regolamento che verrà revisionato;

d) pubblicare il link da cui scaricare la modulistica;

## **RESPONSABILITÀ DEL RPCT PER LA TRASPARENZA**

L’art. 46 del d.lgs. n33/2013 prevede, in capo al Responsabile della Trasparenza, una responsabilità per la violazione degli obblighi di trasparenza, in particolare stabilendo che l’inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente sono “elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale”, nonché “eventuale causa di responsabilità per danno all’immagine dell’amministrazione” e sono comunque valutati ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla *performance* individuale dei responsabili.

La previsione di questa responsabilità rende necessaria la creazione di un collegamento tra

l'adempimento normativamente richiesto e gli obiettivi individuati nell'incarico dirigenziale, che devono anche essere inseriti nel Piano delle *Performance* in modo che siano oggetto di adeguata valutazione della *performance* individuale.

È esclusa la responsabilità del Responsabile della trasparenza ove l'inadempimento degli obblighi summenzionati di cui al comma 1, dell'art. 46, sia "dipeso da causa a lui non imputabile".

## ROTAZIONE DEL PERSONALE

**La rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione** rappresenta una misura di importanza cruciale tra gli strumenti di prevenzione della corruzione.

Le principali aree di rischio, quelle obbligatorie individuate dal PNA 2015 con la determinazione n.12/2015, e corrispondono alle seguenti Aree aziendali:

Area Gestione del Personale;

Area Gestione tecnica;

Area gestione del Patrimonio;

Struttura Burocratico Legale;

Ufficio dei Procedimenti Disciplinari;

Uffici con titolarità dell'affidamento di lavori, servizi e forniture – contratti pubblici;

Servizi del Dipartimento di Prevenzione relativi ad attività di controllo e al rilascio di Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico oppure con effetto economico diretto ed immediato;

Area Gestione Economica e Finanziaria.

L'alternanza tra più professionisti nell'assunzione delle decisioni e nella gestione delle procedure, infatti, riduce il rischio che possano crearsi relazioni particolari tra amministrazioni ed utenti, che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività possa essere sottoposto a pressioni esterne o possano consolidarsi situazioni di privilegio e l'aspettativa a risposte illegali improntate a collusione.

Inoltre la rotazione rappresenta anche un criterio organizzativo che può contribuire alla formazione del personale, accrescendo le competenze e la preparazione professionale del dipendente e va utilizzata, pertanto, in un quadro di elevazione delle capacità professionali, senza determinare inefficienze e malfunzionamenti. Infatti, quando la sua applicazione presentasse difficoltà applicative sul piano organizzativo, va utilizzata in una logica di complementarità con le altre misure di prevenzione.

Per le considerazioni di cui sopra, essa va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione e utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale.

Ove, pertanto, non sia possibile utilizzare la rotazione come misura di prevenzione contro la corruzione, le amministrazioni sono tenute a operare scelte organizzative, nonché ad adottare altre misure di natura preventiva che possono avere effetti analoghi, quali a titolo esemplificativo, la previsione da parte del dirigente di modalità operative che favoriscono una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza "interna" delle attività o

ancora l'articolazione delle competenze, c.d. "segregazione delle funzioni".

I provvedimenti in materia di rotazione del personale devono ponderare le generali esigenze organizzative aziendali e quelle specifiche di struttura e tenere in conto le indicazioni della programmazione nazionale, regionale e aziendale, ivi compresi i piani di riforma del Servizio Sanitario Regionale.

La rotazione, già con la riforma Brunetta, d.lgs. 150/2009, è stata considerata come strumento fondamentale di trasparenza e contrasto alla corruzione. Infatti, è stata inserita come una delle misure gestionali proprie dei dirigenti: l'articolo 16, comma 1, lett. l quater, del d.lgs. 165/2001 prevede che dirigenti, con provvedimento motivato, facciano ruotare il personale coinvolto in procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

Esistono specifiche previsioni di legge in caso di **notizia formale di avvio di procedimento penale** a carico di un dipendente e/o in caso di **avvio di procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva**, ferma restando la possibilità di adottare la sospensione del rapporto, l'amministrazione:

- per il personale dirigenziale procede con atto motivato alla revoca dell'incarico in essere ed il passaggio ad altro incarico ai sensi del combinato disposto dell'art. 16, comma 1, lett. l quater, e dell'art. 55 ter, comma 1, del d.lgs. n. 165 del 2001;

- per il personale non dirigenziale procede all'assegnazione ad altro servizio ai sensi del citato art. 16, comma 1, lett. l quater".

La legge n. 190/2012 considera la rotazione in più occasioni:

- art. 1, comma 4, lett. e): il D.F.P. deve definire criteri generali per assicurare la rotazione dei dirigenti nei settori particolarmente esposti alla corruzione, (oggi le linee guida sono emanate dall'ANAC);
- art. 1, comma 5, lett. b): le pubbliche amministrazioni centrali definiscono e trasmettono al D.F.P. procedure appropriate per selezionare e formare, in collaborazione con la Scuola Nazionale dell'Amministrazione, i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo, negli stessi settori, la rotazione di dirigenti e funzionari;
- art. 1, comma 10, lett. b): il Responsabile della Prevenzione della Corruzione procede alla verifica, d'intesa con il dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione.

Anche il D.P.R. n. 62/2013 art. 13 c.6 prevede il criterio della rotazione nell'affidamento degli incarichi da parte del dirigente.

Da ultimo, il Piano Nazionale Anticorruzione 2016, adottato dall'ANAC con Delibera n. 831 del 3.08.2016, avente ad oggetto "**Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016**" nella Parte Generale al p. 7.2 e nella Parte Speciale Capo VII Sanità fornisce indicazioni generali di tipo organizzativo e di pianificazione strategica.

Occorre evidenziare che l'importanza del principio di rotazione è stata ribadita anche dal Presidente ANAC che, intervenendo sul caso posto da un'Azienda sanitaria della Lombardia, con Atto del 21 ottobre 2021 ha emanato apposita raccomandazione, ribadendo che il principio della rotazione "deve essere un obiettivo effettivo, documentabile e verificabile" delle aziende sanitarie, nonostante le possibili difficoltà avanzate in considerazione della complessa struttura organizzativa e della presenza in organico di profili professionali specifici ma, secondo Anac, è necessaria nelle Asl una graduale programmazione della misura di rotazione del personale nei tempi e nelle modalità che rendano praticabile tale misura all'interno dell'organizzazione sanitaria

La ASL Brindisi prevede la rotazione dei dirigenti e dei funzionari addetti alle aree a più elevato

rischio di corruzione, come risultanti dal PTPC, adottando adeguati criteri generali ed oggettivi per realizzare la rotazione del **personale dirigenziale** e del personale non dirigenziale ma con funzioni di responsabilità, titolare di posizione organizzativa o responsabili di procedimento ai sensi dell'art.5, comma 1, della L.n.241/1990, addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione, quelle obbligatorie risultanti dalla Determinazione ANAC n.12/2015 e quelle individuate con il PTPC.

Fermi restando i casi di revoca dell'incarico disciplinati dalla legge e le ipotesi di applicazione di misure cautelari, la rotazione può avvenire solo al termine dell'incarico, la cui durata deve essere comunque contenuta.

L'attuazione della misura deve avvenire in modo da tener conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni e in modo da salvaguardare la continuità della gestione amministrativa.

In tale prospettiva, l'Azienda curerà la formazione del personale, prediligendo l'affiancamento e l'utilizzo di professionalità interne. L'Azienda adeguerà il proprio ordinamento alle previsioni di cui all'art. 16, comma 1, lett. I quater), del D. Lgs. n. 165/2001, in modo da assicurare la prevenzione della corruzione mediante la tutela anticipata.

Per il personale dirigenziale, la rotazione integra, altresì, i criteri di conferimento degli incarichi dirigenziali ed è attuata alla scadenza dell'incarico, fatti salvi i casi previsti dall'art.16, comma 1, lett. I *quater*), del D. Lgs. n. 165/2001.

L'introduzione della misura è accompagnata da strumenti ed accorgimenti per assicurare continuità all'azione amministrativa.

In sanità l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali.

Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di *expertise* consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità.

I settori Tecnico, Amministrativo e Professionale, richiedono anch'essi, in molti casi, competenze specifiche con figure in grado di ricoprire ruoli specifici (ad es., ingegneria clinica, fisica sanitaria, Avvocati, informatici, ecc.) che spesso risultano essere in numero molto limitato all'interno di un'azienda.

Anche per quanto attiene il personale dirigenziale, la rotazione dei responsabili dei settori più esposti al rischio di corruzione presenta delle criticità particolari. I dirigenti, infatti, per il tipo di poteri che esercitano e per il fatto di costituire un riferimento per il personale dipendente, sono le figure la cui funzione e azione - ove abusata - può provocare danni consistenti. Si tratta quindi di figure che dovrebbero essere maggiormente soggette a ruotare.

Al fine di contemperare l'esigenza della rotazione degli incarichi con quella del mantenimento dei livelli di competenze in un quadro generale di accrescimento delle capacità complessive dell'amministrazione sanitaria, per mettere in atto questa misura occorre preliminarmente individuare le ipotesi in cui è possibile procedere alla rotazione degli incarichi attraverso la puntuale mappatura degli incarichi/funzioni apicali più sensibili (ad esempio quelli relativi a posizioni di governo delle risorse come acquisti, rapporti con il privato accreditato, convenzioni/autorizzazioni, assunzione del personale ecc.), a partire dall'individuazione delle funzioni fungibili e utilizzando tutti gli strumenti disponibili in tema di gestione del personale ed allocazione delle risorse.

Le aziende sanitarie dovranno porre in essere le condizioni per reperire più professionalità in grado, di volta in volta, di sostituire quelle in atto incaricate, mediante un processo di pianificazione della rotazione e di una sua graduazione in funzione dei diversi gradi di responsabilità e di accompagnamento attraverso la costruzione di competenze.

Presupposto necessario per affrontare questo processo è la ricognizione della geografia organizzativa

delle aziende sanitarie, anche con specifico riferimento ai funzionigramma relativi alle aree da sottoporre a rotazione, in modo da contemperare la concreta efficacia della misura di prevenzione con le esigenze funzionali e organizzative dell'azienda sanitaria, anche in relazione alla necessità di avvalersi, per taluni settori, di professionalità specialistiche.

Esistono, tuttavia, diversi aspetti da considerare a seconda che si tratti di personale di area clinica, tecnica e amministrativa e delle altre professioni sanitarie.

Il **personale medico** è tutto inquadrato nel ruolo dirigenziale. Le posizioni di maggiore interesse potrebbero essere quelle relative alla direzione di unità operative complesse (di seguito UOC), a valenza dipartimentale (di seguito UOSD) e Dipartimenti. A parte alcune eccezioni (che dovrebbero ridursi in misura rilevante con l'applicazione del decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n.70 «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera») le posizioni apicali di Direttore di UOC, le cui funzioni cliniche prevalgono su quelle gestionali, sono assegnate per concorso e sono generalmente infungibili all'interno di una azienda sanitaria.

Le posizioni di Direttore di Dipartimento (funzioni prevalentemente gestionali) devono essere conferite ad un Dirigente di UOC tra quelli afferenti al dipartimento, pertanto è possibile ritenere che tutti i dirigenti di quel dipartimento siano potenzialmente suscettibili di ricoprire a rotazione l'incarico.

Nell'ambito delle ASL, i Direttori di Distretto e i Direttori medici di Presidio, nel caso di più presidi, svolgendo funzioni prevalentemente gestionali e meno clinico-assistenziali, possono essere assoggettabili al processo di rotazione.

La stessa cosa potrebbe avvenire per i primari di UOC con funzioni analoghe collocate nella rete di presidi ospedalieri della ASL.

Per il personale di **area tecnica, professionale ed amministrativa** non esiste una specificità di profilo per ricoprire un incarico apicale, come nel caso dei clinici; tuttavia è fondamentale non perdere una specificità di competenza che deriva dalla formazione e dall'esperienza.

Le aziende sanitarie devono realizzare le condizioni per la fungibilità attraverso processi di pianificazione e di qualificazione professionale.

Una rotazione effettuata in assenza dei presupposti pianificatori ed organizzativi, potrebbe determinare che i dirigenti che non hanno ancora maturato le competenze e l'esperienza diventino eccessivamente dipendenti dall'esperienza consolidata in capo a funzionari esperti.

In caso di competenze infungibili, si potrebbe optare per la c.d. "segregazione di funzioni", attuabile nei processi decisionali composti da più fasi e livelli (ad esempio nel ciclo degli acquisti, distinguendo le funzioni di programmazione e quella di esecuzione dei contratti).

Nei casi di processi decisionali brevi, come, ad esempio, quelli relativi ad attività ispettive, incarichi legali, incarichi all'interno di commissioni di selezione ecc., si ritengono applicabili misure di rotazione da attuarsi anche all'interno di albi opportunamente istituiti, così come già posto in essere da l'ASL BR.

Per altre **professioni sanitarie**, come ad esempio i farmacisti e le professioni infermieristiche con funzioni di responsabilità e di coordinamento, il cui ruolo è strategico all'interno dell'organizzazione in quanto a gestione di risorse, costituendo gli stessi un anello determinante nella catena del processo decisionale (relativo ad esempio all'introduzione di farmaci e di dispositivi medici nella pratica clinica ed assistenziale), l'applicazione del principio della rotazione si rivela opportuno e presenta margini di possibile applicazione.

In questo importante ambito professionale, infatti, la maturazione di *expertise* per settori specifici, se da un lato può richiedere un periodo di tempo necessario per l'acquisizione della piena autonomia nell'esercizio della funzione, per altro verso, il meccanismo della rotazione, attuato attraverso gli adeguati strumenti di pianificazione e di graduazione delle competenze in proporzione ai livelli di

responsabilità attribuiti, come ad esempio la previsione di periodi di affiancamento e di formazione specialistica per settore, consente di valorizzare il capitale professionale disponibile anche ai fini della valutazione delle performance individuali e dell'intera organizzazione.

Le condizioni in cui è possibile realizzare la rotazione sono strettamente connesse a **vincoli di natura soggettiva** attinenti al rapporto di lavoro e a **vincoli di natura oggettiva**, connessi all'assetto organizzativo dell'amministrazione.

Le amministrazioni sono tenute ad adottare misure di rotazione compatibili con eventuali diritti individuali dei dipendenti interessati soprattutto laddove le misure si riflettono sulla sede di servizio del dipendente. Si fa riferimento a titolo esemplificativo ai diritti sindacali, alla legge 5 febbraio 1992 n. 104 (tra gli altri il permesso di assistere un familiare con disabilità) e al d.lgs. 26 marzo 2001, n. 151 (congedo parentale).

Con riferimento all'applicabilità della misura della rotazione, se attuata tra sedi di lavoro differenti, nei confronti del personale dipendente che riveste il ruolo di dirigente sindacale, si ritiene necessaria, in conformità con recenti orientamenti giurisprudenziali, una preventiva informativa da indirizzarsi all'Organizzazione sindacale con lo scopo di consentire a quest'ultima di formulare in tempi brevi osservazioni e proposte in ragione dei singoli casi.

La rotazione va correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico.

Si tratta di esigenze già evidenziate dall'ANAC nella propria delibera n. 13 del 4 febbraio 2015, per l'attuazione dell'art. 1, co. 60 e 61, della l. 190/2012, ove si esclude che la rotazione possa implicare il conferimento di incarichi a soggetti privi delle competenze necessarie per assicurare la continuità dell'azione amministrativa.

Tra i condizionamenti all'applicazione della rotazione vi può essere quello della cosiddetta infungibilità derivante dall'appartenenza a categorie o professionalità specifiche, anche tenuto conto di ordinamenti peculiari di settore o di particolari requisiti di reclutamento.

Occorre tenere presente, inoltre, che sussistono alcune **ipotesi in cui è la stessa legge** che stabilisce espressamente **la specifica qualifica professionale** che devono possedere alcuni soggetti che lavorano in determinati uffici, qualifica direttamente correlata alle funzioni attribuite a detti uffici; ciò avviene di norma nei casi in cui lo svolgimento di una prestazione è direttamente correlato al possesso di un'abilitazione professionale e all'iscrizione nel relativo albo.

Nel caso in cui si tratti di categorie professionali omogenee non si può invocare il concetto di infungibilità. Rimane sempre rilevante, anche ai fini della rotazione, la valutazione delle attitudini e delle capacità professionali del singolo.

Proprio per prevenire situazioni come questa, in cui la rotazione sembrerebbe esclusa da circostanze dovute esclusivamente alla elevata preparazione di determinati dipendenti, le amministrazioni dovrebbero programmare adeguate attività di affiancamento propedeutiche alla rotazione.

Le unità operative interessate alla presente Pianificazione (di seguito indicate come strutture a rischio corruzione) sono quelle individuate dal Piano Nazionale Anticorruzione e di volta in volta nel Piano aziendale.

La rotazione deve coinvolgere sia il personale destinatario di incarichi dirigenziali, sia quello

non dirigenziale ma assegnatario della responsabilità dell'istruttoria dei procedimenti amministrativi, ai sensi dell'articolo 5, comma 1, della L. n. 241/1990.

La presente pianificazione definisce le procedure di rotazione del personale addetto alle aree ed ai settori a rischio individuate nella delibera citata secondo lo schema riportato nell'allegato A e si applica nei confronti del:

- a) personale in servizio sia a tempo determinato che indeterminato e sia dirigente che del comparto;
- b) personale di altro tipo ( convenzionato, specialisti ambulatoriali, o altro) addetto alle aree a rischio, per il quale spetterà al Direttore della macrostruttura ( Dipartimento, Distretto, Presidio Ospedaliero o Area amministrativa), interessata alla gestione dello stesso, provvedere alla rotazione ove possibile.

Per l'applicazione del principio di rotazione sono adottati i seguenti schemi:

- rotazione per ambito territoriale, che prevede l'assegnazione del dipendente ad un diverso ambito territoriale;
- rotazione per ambito di competenza, che prevede l'assegnazione del dipendente ad altre competenze nella medesima struttura;
- rotazione per competenza e territorio: che prevede l'assegnazione del dipendente ad altre competenze e in altra struttura.

La scelta dell'applicazione di uno dei predetti criteri di rotazione deve essere operata in base alle esigenze organizzative del Dipartimento/Area amministrativa interessata, avendo riguardo al tipo di rischio connesso all'attività.

Nel caso in cui la rotazione implichi l'assegnazione ad un diverso ambito territoriale, il soggetto che la dispone sceglierà, se possibile, la sede più vicina a quella di provenienza per minimizzare il disagio del dipendente al trasferimento. Per l'assegnazione ad un diverso ambito territoriale, di cui alla presente pianificazione, disposta ai fini della prevenzione della corruzione, va rispettato quanto introdotto dall'art.4 del D.L. n.90 del 24 giugno 2014 convertito con modificazioni dalla L. n. 114 del 1 agosto 2014.

Di norma nello stesso anno non può ruotare più di un terzo del personale delle strutture interessate e ciò per garantire comunque la presenza di personale in possesso della necessaria professionalità per lo svolgimento delle attività proprie di ciascun ufficio o servizio a rischio di corruzione, allo scopo di assicurarne la continuità.

Il Direttore del Dipartimento/Area amministrativa interessata programma e attua il coinvolgimento del personale in percorsi di formazione e aggiornamento continuo, anche mediante sessioni formative in house, ossia con l'utilizzo di docenti interni all'amministrazione, con l'obiettivo di creare competenze di carattere trasversale e professionalità che possano essere utilizzate in una pluralità di settori.

L'applicazione della misura della rotazione va valutata anche se l'effetto indiretto della rotazione comporta un temporaneo rallentamento dell'attività ordinaria dovuto al tempo necessario per acquisire la diversa professionalità.

La durata degli incarichi conferiti ai dirigenti addetti alle aree a rischio deve essere fissata al limite minimo legale fermo restando il limite invalicabile di età previsto dalla normativa vigente.

Il Direttore U.O. Gestione Risorse umane provvede entro il 15 Novembre di ciascun anno, a trasmettere a ciascun Direttore di Dipartimento/Area amministrativa comprendente unità operative a rischio di corruzione l'elenco dei dirigenti in servizio presso la medesima U.O. con le date di scadenza dei relativi incarichi.

Il Direttore di Dipartimento/Area amministrativa interessata provvede, entro il 15 Dicembre di ciascun anno, a stilare il "Piano annuale di rotazione dei dirigenti" per l'anno successivo, da proporre alla Direzione Aziendale, secondo i seguenti criteri:

- sono esclusi dalla rotazione i Direttori Area Medica e Veterinaria e Area Sanitaria con incarico di unità operativa complessa per i quali l'art. 29 del CCNL 08/06/2000 prevede che "Gli incarichi di direzione di struttura complessa sono conferiti con le procedure previste dal DPR 484/1997" con la considerazione, inoltre, che l'eventuale mobilità interna implica la perdita dell'incarico;
- la rotazione non si applica per le figure infungibili. Sono infungibili le figure professionali per le quali sono richieste competenze ed esperienze specifiche e/o è richiesto il possesso di lauree specialistiche non presenti per altre figure dirigenziali;
- deve essere prevista la rotazione, o misure alternative alla rotazione, per tutti gli altri dirigenti il cui incarico scade nel corso dell'anno di riferimento e risultano in servizio presso le strutture di cui al precedente art.2;
- per ciascuno dei suddetti dirigenti, ove sia possibile attuare la rotazione, il Direttore del Dipartimento/Area amministrativa dovrà indicare:

1. la proposta del nuovo incarico da conferire (in relazione alle attitudini e delle capacità professionali dello stesso, dei risultati conseguiti in precedenza, delle specifiche competenze organizzative possedute e dei comportamenti attuati) che dovrà essere di analoga tipologia (UOC con UOC, UOS con UOS ecc.) fermo restando che a seguito di valutazione negativa alla fine dell'incarico in atto la proposta dovrà essere rivista;

2. i tempi di rotazione, in particolare se il nuovo incarico non può essere affidato alla scadenza di quello in atto, che dovranno prevedere una proroga di quest'ultimo per il tempo strettamente necessario ad attuare la rotazione;

3. i percorsi, e i tempi di formazione da attivare prima della rotazione;

4. eventuale individuazione di ulteriori strumenti ed accorgimenti che assicurino continuità all'azione amministrativa.

Ove non sia possibile attuare la rotazione, il Direttore del Dipartimento/Area amministrativa dovrà indicare le motivazioni di impossibilità ad attuare la rotazione e le misure alternative da applicare.

Il suddetto "Piano annuale di rotazione dei dirigenti" va trasmesso dal Direttore del Dipartimento/Area amministrativa interessata anche al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e al Direttore U.O. Gestione Risorse umane per conoscenza ed eventuali valutazioni che riterranno opportuno esprimere.

Eventuali motivate modifiche e integrazioni al "Piano annuale di rotazione dei dirigenti" possono essere apportate dal Direttore del Dipartimento/Area amministrativa nel corso dell'anno di riferimento.

Il Direttore Generale, con atto motivato, provvede al conferimento dei nuovi incarichi.

## OBBLIGO DI ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSE

Ai sensi dell'art. 1, comma 41, della L. n. 190/2012 che ha introdotto l'art. 6 bis nella L. n. 241/90, rubricato "Conflitto di interessi", il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale.

La norma persegue una finalità di prevenzione che si realizza mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione (sia essa endoprocedimentale o meno) del titolare dell'interesse, che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse di cui sono portatori il destinatario del provvedimento, gli altri interessati e controinteressati.

I dipendenti dell'Azienda Sanitaria Locale BR sono, pertanto, tenuti a prestare massima attenzione alle suindicate situazioni di conflitto di interesse che la legge ha valorizzato con l'inserimento di una nuova e specifica disposizione, di valenza prevalentemente deontologico/disciplinare, nell'ambito della legge sul procedimento amministrativo.

A tal fine:

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

Inoltre, ai sensi dell'art. 7 del Codice di comportamento, il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui egli sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza.

Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza.

La segnalazione del conflitto deve essere indirizzata al dirigente responsabile dell'ufficio di appartenenza, il quale, esaminate le circostanze, valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo.

Il dirigente destinatario della segnalazione deve valutare espressamente la situazione sottoposta alla sua attenzione e deve rispondere, per iscritto, al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico, oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente.

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

La violazione della norma dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente suscettibile di essere

sanzionata con l'irrogazione di sanzioni all'esito del relativo procedimento, oltre a poter costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso, quale sintomo di eccesso di potere sotto il profilo dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa.

L'Azienda intraprende adeguate iniziative per dare conoscenza al personale dell'obbligo di astensione, delle conseguenze scaturenti dalla sua violazione e dei comportamenti da seguire in caso di conflitto di interesse. L'attività informativa è prevista nell'ambito delle iniziative di formazione contemplate nel PTPC e nel P.T.F.

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

Il cumulo in capo ad un medesimo dirigente o funzionario di incarichi conferiti dall'Azienda può comportare il rischio di un'eccessiva concentrazione di potere su un unico centro decisionale. La concentrazione del potere decisionale aumenta il rischio che l'attività amministrativa possa essere indirizzata verso fini privati o impropri determinati dalla volontà del dirigente stesso. Inoltre, lo svolgimento di incarichi, soprattutto se extra-istituzionali, da parte del dirigente o del funzionario può realizzare situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa, ponendosi altresì come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi.

Per questi motivi, la L. n. 190/2012 è intervenuta a modificare anche il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'art. 53 del D. Lgs. 165/2001, in particolare prevedendo che:

- degli appositi regolamenti – adottati su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione, di concerto con i Ministri interessati, ai sensi dell'art. 17, comma 2, della l. n. 400 del 1988 – debbono individuare, secondo criteri differenziati in rapporto alle diverse qualifiche e ruoli professionali, gli incarichi vietati ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2, del d.lgs. n. 165 del 2001;
- le amministrazioni debbono adottare dei criteri generali per disciplinare i criteri di conferimento e i criteri di autorizzazione degli incarichi extra-istituzionali; infatti, l'art. 53, comma 5, del D. Lgs. n. 165/2001, come modificato dalla L. n. 190/ 2012, prevede che *“In ogni caso, il conferimento operato direttamente dall'amministrazione, nonché l'autorizzazione all'esercizio di incarichi che provengano da amministrazione pubblica diversa da quella di appartenenza, ovvero da società o persone fisiche, che svolgono attività d'impresa o commerciale, sono disposti dai rispettivi organi competenti secondo criteri oggettivi e predeterminati, che tengano conto della specifica professionalità, tali da escludere casi di incompatibilità, sia di diritto che di fatto, nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione o situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente”*.
- in sede di autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali, secondo quanto previsto dall'art. 53, comma 7, del D. Lgs. n. 165/2001, le amministrazioni debbono valutare tutti i profili di conflitto di interesse, anche quelli potenziali; l'istruttoria circa il rilascio dell'autorizzazione va condotta in maniera molto accurata, tenendo presente che talvolta lo svolgimento di incarichi extra-istituzionali costituisce per il dipendente un'opportunità, in special modo se dirigente, di arricchimento professionale utile a determinare una positiva ricaduta nell'attività istituzionale ordinaria; ne consegue che, al di là della formazione di una black list di attività precluse la possibilità

di svolgere incarichi va attentamente valutata anche in ragione dei criteri di crescita professionale, culturale e scientifica nonché di valorizzazione di un'opportunità personale che potrebbe avere ricadute positive sullo svolgimento delle funzioni istituzionali ordinarie da parte del dipendente;

- il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti (comma 12); in questi casi, l'amministrazione – pur non essendo necessario il rilascio di una formale autorizzazione - deve comunque valutare tempestivamente l'eventuale sussistenza di situazioni di conflitto di interesse anche potenziale e, se del caso, comunicare al dipendente il diniego allo svolgimento dell'incarico; gli incarichi a titolo gratuito da comunicare all'amministrazione sono solo quelli che il dipendente è chiamato a svolgere in considerazione della professionalità che lo caratterizza all'interno dell'amministrazione di appartenenza (quindi – a mero titolo esemplificativo – non deve essere oggetto di comunicazione all'amministrazione lo svolgimento di un incarico gratuito di docenza in una scuola di nuoto, poiché tale attività è svolta a tempo libero e non è connessa in nessun modo con la professionalità che caratterizza il dipendente all'interno dell'amministrazione di appartenenza); continua comunque a rimanere estraneo al regime delle autorizzazioni e comunicazioni l'espletamento degli incarichi espressamente menzionati nelle lettere da a) ad f-bis) del comma 6 dell'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001, per i quali il legislatore ha compiuto a priori una valutazione di non incompatibilità; essi, pertanto, non debbono essere autorizzati né comunicati all'amministrazione;
- il regime delle comunicazioni al Dipartimento della Funzione Pubblica avente ad oggetto gli incarichi si estende anche agli incarichi gratuiti, con le precisazioni sopra indicate; secondo quanto previsto dal comma 12 del predetto art. 53, gli incarichi autorizzati e quelli conferiti, anche a titolo gratuito, dalle pubbliche amministrazioni debbono essere comunicati al D.F.P. in via telematica entro 15 giorni; per le modalità di comunicazione dei dati sono fornite apposite indicazioni sul sito [www.perlapa.gov.it](http://www.perlapa.gov.it) nella sezione relativa all'anagrafe delle prestazioni;
- è disciplinata esplicitamente un'ipotesi di responsabilità erariale per il caso di omesso versamento del compenso da parte del dipendente pubblico indebitamente percettore, con espressa indicazione della competenza giurisdizionale della Corte dei Conti.

Alle suindicate nuove previsioni della legge n. 190/2012 si aggiungono le prescrizioni contenute nella normativa già vigente, tra cui, in particolare, la disposizione contenuta nel comma 58 bis dell'art. 1 della L. 662/1996, che stabilisce che: *“Ferma restando la valutazione in concreto dei singoli casi di conflitto di interesse, le amministrazioni provvedono, con decreto del Ministro competente, di concerto con il Ministro per la funzione pubblica, ad indicare le attività che in ragione della interferenza con i compiti istituzionali, sono comunque non consentite ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo parziale con prestazione lavorativa non superiore al 50 per cento di quella a tempo pieno”*.

## CONFERIMENTO DI INCARICHI DIRIGENZIALI IN CASO DI PARTICOLARI ATTIVITA' O INCARICHI PRECEDENTI – (REVOLVING DOORS)

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

- delle particolari ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati in relazione all'attività svolta dall'interessato in precedenza;
- delle situazioni di incompatibilità specifiche per i titolari di incarichi dirigenziali e assimilati;
- delle 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.

L'obiettivo del complesso intervento normativo è tutto in una ottica di prevenzione. Infatti, la legge ha valutato ex ante e in via generale che:

- lo svolgimento di certe attività/funzioni può agevolare la preconstituzione di situazioni favorevoli per essere successivamente destinatari di incarichi dirigenziali e assimilati e, quindi, può comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire il vantaggio in maniera illecita;
- il contemporaneo svolgimento di alcune attività di regola inquina l'azione imparziale della pubblica amministrazione costituendo un humus favorevole ad illeciti scambi di favori;
- in caso di condanna penale, anche se ancora non definitiva, la pericolosità del soggetto consiglia in via precauzionale di evitare l'affidamento di incarichi dirigenziali che comportano responsabilità su aree a rischio di corruzione.

In particolare, i Capi III e IV del decreto regolano le ipotesi di inconferibilità degli incarichi ivi contemplati in riferimento a due diverse situazioni:

- incarichi a soggetti provenienti da enti di diritto privato regolati o finanziati dalle pubbliche amministrazioni;
- incarichi a soggetti che sono stati componenti di organi di indirizzo politico

Gli atti ed i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni sono nulli ai sensi dell'art. 17 del D. Lgs. n. 39/2013. A carico dei componenti di organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli sono applicate le specifiche sanzioni previste dall'art. 18 del D. Lgs. n. 39/2013.

La situazione di inconferibilità non può essere sanata. Per il caso in cui le cause di inconferibilità, sebbene esistenti *ab origine*, non fossero note all'amministrazione e si appalesassero nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione della corruzione è tenuto ad effettuare la contestazione all'interessato, il quale, previo contraddittorio, deve essere rimosso dall'incarico.

Alla predetta normativa si aggiunge quanto previsto dalla Determinazione n. 833 del 3 agosto 2016 ANAC che traccia e definisce le Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.AC. in caso di incarichi inconferibili e incompatibili.

L'Azienda Sanitaria Locale BR verifica la sussistenza di eventuali condizioni ostative in capo ai

dipendenti e/o soggetti cui l'organo di indirizzo politico intende conferire incarico all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dai Capi III e IV del D. Lgs. n. 39/2013. Le condizioni ostative sono quelle previste nei suddetti Capi, salva la valutazione di ulteriori situazioni di conflitto di interesse o cause impeditive. L'accertamento avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000: dichiarazione sostitutiva che deve essere pubblicata sul sito dell'Azienda (art. 20 D. Lgs. n. 39/2013), a cura del Responsabile del Servizio Informazione e Comunicazione Istituzionale (S.I.C.I.). Se all'esito della verifica risulta la sussistenza di una o più condizioni ostative, l'Azienda si astiene dal conferire l'incarico e provvede a conferire l'incarico nei confronti di altro soggetto.

A tal fine, il Direttore dell'Area Gestione del Personale è tenuto ad assicurare che:

- negli interpelli per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento;
- i soggetti interessati rendano la dichiarazione di insussistenza delle cause di inconferibilità all'atto del conferimento dell'incarico.

### INCOMPATIBILITA' SPECIFICHE PER POSIZIONI DIRIGENZIALI

Ai sensi del D. Lgs. n. 39/2013, per "incompatibilità" si intende "l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico".

Le situazioni di incompatibilità sono previste nei Capi V e VI del D. Lgs. n. 39/2013.

A differenza che nel caso di inconferibilità, la causa di incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra di loro.

Se si riscontra nel corso del rapporto una situazione di incompatibilità, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione effettua una contestazione all'interessato e la causa deve essere rimossa entro 15 giorni; in caso contrario, la legge prevede la decadenza dall'incarico e la risoluzione del contratto di lavoro autonomo o subordinato (art. 19 D. Lgs. n. 39/2013).

L'Azienda verifica la sussistenza di eventuali situazioni di incompatibilità nei confronti dei titolari di incarichi previsti nei Capi V e VI del D. Lgs. n. 39/2013 per le situazioni contemplate nei medesimi Capi. Il controllo deve essere effettuato:

- all'atto del conferimento dell'incarico;
- annualmente e su richiesta nel corso del rapporto.

Se la situazione di incompatibilità emerge al momento del conferimento dell'incarico, la stessa deve essere rimossa prima del conferimento. Se la situazione di incompatibilità emerge nel corso del rapporto,

il Responsabile della prevenzione contesta la circostanza all'interessato ai sensi degli artt. 15 e 19 del D. Lgs. n. 39/2013 e vigila affinché siano prese le misure conseguenti.

A tale fine, il Direttore dell'Area Gestione del Personale è tenuto ad assicurare che:

- negli interPELLI per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le cause di incompatibilità;
- i soggetti interessati rendano la dichiarazione di insussistenza delle cause di incompatibilità all'atto del conferimento dell'incarico e nel corso del rapporto (con cadenza annuale, fissata nel mese gennaio di ogni anno).

In base alla Intesa sancita in data 24 luglio 2013 tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l'attuazione dell'art. 1, commi 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n. 190 (provvedimento di Repertorio atti n. 79/CU in data 24 luglio 2013), le situazioni di incompatibilità (d. lgs. n. 39 del 2013) sono contestate dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione dell'ente che ha conferito l'incarico dirigenziale. In linea con quanto previsto dall'art. 1, comma 1, e dall'art. 19, comma 2, del d.lgs. n. 39/2013, il collocamento in aspettativa o fuori ruolo del dipendente, ove previsti dalla normativa, consente di superare l'incompatibilità. In riferimento all'art. 20, comma 2, del d.lgs. n. 39/2013, i soggetti interessati sono tenuti a rendere la dichiarazione sull'insussistenza delle cause di incompatibilità annualmente nel termine stabilito da ciascun ente (che viene fissato da questa Azienda nel mese di gennaio di ogni anno). La dichiarazione deve altresì essere resa tempestivamente all'insorgere della causa di incompatibilità, al fine di consentire l'adozione delle conseguenti iniziative da parte dell'Azienda. In riferimento al medesimo articolo nel comma 2 la locuzione di incarico professionale non si riferisce alle tipologie contrattuali proprie della medicina convenzionata.

La dichiarazione sostitutiva sull'insussistenza di cause di incompatibilità, resa dai soggetti interessati, deve essere pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda (art. 20 D. Lgs. n. 39/2013), a cura del Responsabile del Servizio Informazioni e Comunicazione Istituzionale (S.I.C.I.).

#### **ATTIVITA' SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (PANTOUFLAGE)**

La L. n. 190/2012 ha introdotto un nuovo comma nell'ambito dell'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001 volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro. Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa artatamente precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. La norma prevede quindi una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la "convenienza" di accordi fraudolenti.

L'art. 53 co.16 ter del D.Lgs. 165/2001 stabilisce che: "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”.

L'ambito della norma è riferito a quei dipendenti che **nel corso degli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'amministrazione** con riferimento allo svolgimento di attività presso i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi.

I “dipendenti” interessati sono coloro che per il ruolo e la posizione ricoperti nell'amministrazione hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabile del procedimento nel caso previsto dall'art. 125, commi 8 e 11, del d.lgs. n. 163/2006).

I predetti soggetti nel triennio successivo alla cessazione del rapporto con l'amministrazione, qualunque sia la causa di cessazione (e quindi anche in caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione), non possono avere alcun rapporto di lavoro autonomo o subordinato con i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi.

La norma prevede delle sanzioni per il caso di violazione del divieto, che consistono in sanzioni sull'atto e sanzioni sui soggetti:

- sanzioni sull'atto: i contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli;
- sanzioni sui soggetti: i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con la pubblica amministrazione di provenienza dell'ex dipendente per i successivi tre anni ed hanno l'obbligo di restituire eventuali compensi, eventualmente percepiti ed accertati, in esecuzione dell'affidamento illegittimo; pertanto, la sanzione opera come requisito soggettivo legale per la partecipazione a procedure di affidamento con la conseguente illegittimità dell'affidamento stesso per il caso di violazione

Al fine di garantire l'esatto rispetto della delineata normativa:

- il **Direttore dell'Area Gestione del Personale** è tenuto ad assicurare che nei contratti di assunzione del personale sia inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;
- il **Direttore dell'Area Gestione del Patrimonio** e il **Direttore dell'Area Gestione Tecnica** sono tenuti ad assicurare che nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, sia inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della Azienda nei loro confronti per il

triennio successivo alla cessazione del rapporto; all'esatto rispetto di tale previsione sono tenuti tutti gli altri Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, in presenza di analoghi procedimenti amministrativi ascritti alla loro responsabilità;

- è disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente;
- è fornita tempestiva informativa dei fatti al Direttore della Struttura Burocratico Legale dell'Azienda.

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

La L. n. 190/2012 – in materia di Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione – ha ex novo introdotto anche delle misure di prevenzione di carattere soggettivo, con le quali la tutela è anticipata al momento di individuazione degli organi che sono deputati a prendere decisioni e ad esercitare il potere nelle amministrazioni. Tra queste, il nuovo art. 35 bis, inserito nell'ambito del D. Lgs. n. 165/2001, pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione. La norma in particolare prevede:

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

- a) non possono 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.*

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

A norma del D. Lgs. n.39/2013, che per questa specifica sezione integra la disciplina della legge n. 190/2012:

- in generale, la preclusione opera in presenza di una sentenza, ivi compresi i casi di patteggiamento, per i delitti contro la pubblica amministrazione anche se la decisione non è ancora irrevocabile ossia non è ancora passata in giudicato;
- la specifica preclusione di cui alla lett. b) del citato art. 35 bis riguarda sia l'attribuzione di incarico o l'esercizio delle funzioni dirigenziali sia lo svolgimento di funzioni direttive; pertanto, l'ambito soggettivo della norma riguarda i dirigenti, i funzionari ed i collaboratori (questi ultimi nel caso in cui svolgano funzioni dirigenziali o siano titolari di posizioni

organizzative);

- in base a quanto previsto dal comma 2 del suddetto articolo, la disposizione riguarda i requisiti per la formazione di commissioni e la nomina dei segretari e pertanto la sua violazione si traduce nell'illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento;
- la situazione impeditiva viene meno ove venga pronunciata per il medesimo reato una sentenza di assoluzione anche non definitiva.

Se la situazione di inconferibilità si appalesa nel corso del rapporto, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, previa segnalazione del dirigente competente, effettua la contestazione nei confronti dell'interessato e lo stesso deve essere rimosso dall'incarico o assegnato ad altro ufficio da parte del dirigente che gli ha conferito l'incarico o assegnato l'Ufficio.

Il Direttore dell'Area Gestione del Patrimonio, il Direttore dell'Area Gestione Tecnica e il Direttore dell'Area Gestione del Personale, in base alla rispettiva competenza *ratione materiae*, nonché tutti i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche – in presenza di situazioni di specie – sono tenuti ad assicurare la verifica della sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intendono conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

- all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di commissioni di concorso;
- all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dall'art. 3 del d.lgs. n. 39/2013;
- all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001;
- all'entrata in vigore dei citati artt. 3 e 35 bis con riferimento agli incarichi già conferiti e al personale già assegnato.

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante acquisizione d'ufficio ovvero mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 (art. 20 d.lgs. n. 39/2013).

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

- si astiene dal conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione,
- applica le misure previste dall'art. 3 del d.lgs. n. 39/2013,
- provvede a conferire l'incarico o a disporre l'assegnazione nei confronti di altro soggetto;

In caso di violazione delle previsioni di inconferibilità, secondo l'art. 17 del d.lgs. n. 39, l'incarico è nullo e si applicano le sanzioni di cui all'art. 18 del medesimo decreto.

A tal fine, il Direttore dell'Area Gestione del Patrimonio, il Direttore dell'Area Gestione Tecnica e il Direttore dell'Area Gestione del Personale, in base alla rispettiva competenza *ratione materiae*, nonché tutti i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche – in presenza di situazioni di specie – sono tenuti, in presenza di situazioni di specie:

- a effettuare i controlli sui precedenti penali ed a porre in essere le determinazioni conseguenti in caso di esito positivo del controllo;
- ad assicurare che negli interPELLI per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento;
- a proporre al Direttore Generale gli atti necessari per adeguare i propri regolamenti sulla formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di concorso.

Le situazioni di inconferibilità (d. lgs. n. 39 del 2013) sono contestate dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione dell'ente che ha conferito l'incarico dirigenziale, previa segnalazione del dirigente competente .

### TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (WHISTLEBLOWER)

Fuori dei casi di responsabilità a titolo di calunnia o diffamazione, ovvero per lo stesso titolo ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, il dipendente dell'Azienda Sanitaria Locale BR che denuncia all'autorità Giudiziaria o alla Corte dei Conti, ovvero riferisce al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.

Nell'ambito del procedimento disciplinare, l'identità del segnalante non può essere rivelata, senza il suo consenso, sempre che la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l'identità può essere rivelata ove la sua conoscenza sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato.

L'adozione di misure discriminatorie è segnalata al Dipartimento della Funzione Pubblica, per i provvedimenti di competenza, dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

La tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. Whistleblower), in quanto finalizzata a consentire l'emersione di fattispecie di illecito, è estesa anche alle ipotesi di segnalazione di casi di corruzione internazionale di cui all'art. 322 bis c.p.

La tutela dell'anonimato del dipendente che effettua segnalazioni di illecito, in quanto finalizzata ad evitare che il dipendente ometta di effettuare segnalazioni di illecito per il timore di subire conseguenze pregiudizievoli, richiede che l'identità del segnalante sia protetta non solo con specifico riferimento al procedimento disciplinare, ma anche in ogni contesto successivo alla segnalazione

Nell'ambito del procedimento disciplinare, l'identità del segnalante può essere rivelata all'autorità disciplinare e all'incolpato nei seguenti casi:

a) consenso del segnalante qualora la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, in cui la segnalazione sia in pratica solo uno

degli elementi che hanno fatto emergere l'illecito, ma la contestazione avviene sulla base di altri fatti da soli sufficienti a far scattare l'apertura del procedimento disciplinare;

b) laddove la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato, purché tale circostanza emerga solo a seguito dell'audizione dell'incolpato ovvero dalle memorie difensive che lo stesso produce nel procedimento.

La tutela dell'anonimato del dipendente che effettua segnalazioni di illecito non equivale ad accettazione di segnalazione anonima, in quanto si riferisce al caso della segnalazione proveniente da dipendenti individuabili e riconoscibili. Resta fermo l'obbligo dell'Azienda di prendere in considerazione anche segnalazioni anonime, laddove queste si presentino adeguatamente circostanziate e rese con dovizia di particolari, siano tali cioè da far emergere fatti e situazioni relazionandoli a contesti determinati, mediante, a mero titolo esemplificativo e non tassativo, la indicazione di nominativi o qualifiche particolari, la menzione di uffici specifici, la indicazione di procedimenti o eventi particolari.

Le presenti disposizioni a tutela dell'anonimato e di esclusione dell'accesso documentale non possono comunque essere riferibili a casi in cui, in seguito a disposizioni di legge speciale, l'anonimato non può essere opposto, come, a mero titolo esemplificativo e non tassativo, nel caso di indagini penali, tributarie o amministrative, ispezioni.

Il dipendente che effettua segnalazioni di illecito non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.

Per misure discriminatorie si intendono le azioni disciplinari ingiustificate, le molestie sul luogo di lavoro ed ogni altra forma di ritorsione che determini condizioni di lavoro intollerabili.

La norma di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito riguarda le segnalazioni effettuate all'Autorità Giudiziaria, alla Corte dei Conti o al proprio superiore gerarchico. La tutela prevista dalla norma è circoscritta all'ambito della Azienda, in quanto il segnalante ed il denunciato sono entrambi suoi dipendenti.

Il divieto di discriminazione nei confronti del *Whistleblower* è garantito dall'Azienda attraverso uno specifico iter procedimentale. A tal fine, il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito deve dare notizia circostanziata dell'avvenuta discriminazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione. In tal caso, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione valuta la sussistenza degli elementi per effettuare la segnalazione di quanto accaduto:

- al dirigente sovraordinato del dipendente che ha operato la discriminazione. Il dirigente valuta tempestivamente l'opportunità/necessità di adottare atti o provvedimenti per ripristinare la situazione e/o per rimediare agli effetti negativi della discriminazione in via amministrativa e la sussistenza degli estremi per avviare il procedimento disciplinare

- nei confronti del dipendente che ha operato la discriminazione;
- all'U.P.D., per i procedimenti di propria competenza, il quale valuta la sussistenza degli estremi per avviare il procedimento disciplinare nei confronti del dipendente che ha operato la discriminazione;
  - alla Struttura Burocratico Legale dell'Azienda, per valutare la sussistenza degli estremi per esercitare in giudizio l'azione di risarcimento per lesione dell'immagine della Azienda;
  - all'Ispettorato della Funzione Pubblica con specifica richiesta di valutare la necessità di avviare un'ispezione al fine di acquisire ulteriori elementi per le successive determinazioni.

Il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito può, altresì, dare notizia dell'avvenuta discriminazione:

- all'organizzazione sindacale alla quale aderisce o ad una delle organizzazioni sindacali rappresentative presenti nell'Azienda affinché l'organizzazione sindacale riferisca della situazione di discriminazione all'Ispettorato della Funzione Pubblica se la segnalazione non è stata effettuata dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione;
- al Comitato Unico di Garanzia. Il presidente del C.U.G. è, in tal caso, tenuto a riferire della situazione di discriminazione all'Ispettorato della Funzione Pubblica se la segnalazione non è stata effettuata dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

Il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito può, infine, agire in giudizio nei confronti del dipendente che ha operato la discriminazione e dell'amministrazione per ottenere:

- a) un provvedimento giudiziale d'urgenza finalizzato alla cessazione della misura discriminatoria e/o al ripristino immediato della situazione precedente;
- b) l'annullamento davanti al T.A.R. dell'eventuale provvedimento amministrativo illegittimo e/o, se del caso, la sua disapplicazione da parte del Tribunale del lavoro e la condanna nel merito per le controversie in cui è parte il personale c.d. contrattualizzato;
- c) il risarcimento del danno patrimoniale e non patrimoniale conseguente alla discriminazione.

La denuncia del *Whistleblower* è sottratta al diritto di accesso fatta esclusione delle ipotesi eccezionali di cui al comma 2 dell'art. 54 bis del d.lgs. n. 165/2001 in caso di necessità di disvelare l'identità del denunciante. Il documento non può essere oggetto di visione né di estrazione di copia da parte di richiedenti, ricadendo nell'ambito delle ipotesi di esclusione di cui all'art. 24, comma 1, lett. a), della L. n. 241/90 s.m.i.. Il Regolamento Aziendale che disciplina l'accesso documentale, anche in assenza di specifica integrazione espressa del regolamento, si intende integrato dalla specifica disposizione contenuta nella L. n. 190/2012.

L'Azienda utilizza ogni necessario accorgimento tecnico, anche di tipo informatico, affinché trovi attuazione la tutela del dipendente che effettua segnalazioni di cui all'art. 54 bis del d.lgs. n. 165/2001

e sia garantita la sua riservatezza. A tale fine, i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, sono tenuti:

a) ad individuare, all'interno di ogni singola struttura, canali differenziati e riservati per ricevere le segnalazioni, la cui gestione deve essere affidata a un ristrettissimo nucleo di massimo tre persone;

b) ad assegnare codici sostitutivi dei dati identificativi del denunciante;

Tutti coloro che ricevono o vengono a conoscenza della segnalazione e coloro che successivamente vengono coinvolti nel processo di gestione della segnalazione sono tenuti alla dovuta riservatezza, salve le comunicazioni che per legge o in base al P.N.A. debbono essere effettuate. La violazione di tali obblighi di riservatezza, in quanto violazione di norme contenute nel PTPC, comporta responsabilità disciplinare, salva l'eventuale responsabilità civile e penale dell'agente.

Il RPCT, il Responsabile dell'Area Gestione del Personale, il Responsabile dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico, il Responsabile dell'Ufficio Formazione e l'U.P.D. concorrono a garantire l'effettività e la concretezza delle presenti misure di tutela dei denunciati mediante un'efficace e costante attività di sensibilizzazione, comunicazione e formazione sui diritti e gli obblighi relativi alla divulgazione delle azioni illecite. A tal fine, l'Azienda, nel corso del periodo (triennale) di vigenza del presente PTPC, valuterà l'opportunità di postare, sul portale del proprio sito web, avvisi che informano i dipendenti sull'importanza dello strumento e sul loro diritto ad essere tutelati nel caso di segnalazione di azioni illecite, nonché sui risultati dell'azione cui la procedura di tutela del *Whistleblower* ha condotto. La valutazione della opportunità di tale misura è parimenti rimessa all'esame congiunto del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, del Responsabile dell'Area Gestione del personale, del Responsabile dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico, del Direttore dell'Ufficio Formazione e dell'U.P.D..

Al fine di verificare possibili lacune o incomprensioni da parte dei dipendenti, le misure preventive a tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. *Whistleblower*) previste nel presente PTPC sono sottoposte a revisione periodica, nell'ambito della complessiva attività di monitoraggio delle attività aziendali svolta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione, con il coinvolgimento dei Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, anche nella qualità di Referenti dello stesso Responsabile

#### ATTIVAZIONE DI UNA PROCEDURA AZIENDALE PER LA GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI DI ILLECITI (WHISTLEBLOWING POLICY)

L'ASL BR ha adottato, con deliberazione D.G. n. 1460 del 15.9.2015, una procedura aziendale per la gestione delle segnalazioni di illeciti (Whistleblowing Policy).

L'esigenza di adottare una Whistleblowing Policy nasce dal fatto che le pubbliche amministrazioni sono tenute a mettere in campo i necessari accorgimenti tecnici affinché trovi effettiva attuazione la tutela del dipendente che effettua segnalazioni di cui all'art. 54 bis del D.Lgs n.165/2011 " Norme generali

sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" prevedendo – al proprio interno – canali differenziati e riservati per ricevere le segnalazioni, la cui gestione deve essere affidata ad un ristrettissimo nucleo di persone.

L'ASL di Brindisi ha attivato un canale informatico di whistleblowing, strumento legale a disposizione dei dipendenti e dei collaboratori di imprese fornitrici di beni e servizi per l'eventuale segnalazione di fenomeni corruttivi.

Si tratta di una piattaforma informatica disponibile all'indirizzo

<https://whistleblowing.asl.brindisi.it>

che permette di inviare segnalazioni di illeciti di cui si è venuti a conoscenza in maniera sicura e confidenziale trattando al contempo i dati personali del segnalante per le sole finalità connesse all'applicazione della procedura di whistleblowing (segnalazione di presunti illeciti e/o irregolarità).

In particolare:

- la segnalazione viene fatta attraverso la compilazione di un questionario ed è inviata in forma anonima;
- la segnalazione viene ricevuta Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) e gestita garantendo la tutela del segnalante;
- la piattaforma whistleblowing permette il dialogo, anche in forma anonima, tra il segnalante e l'RPCT per richieste di chiarimenti o approfondimenti, senza quindi la necessità di fornire contatti personali;
- la segnalazione può essere fatta da qualsiasi dispositivo digitale sia dall'interno dell'ente che dal suo esterno. La tutela dell'anonimato è garantita in ogni circostanza.

## LA FORMAZIONE

La formazione riveste un'importanza cruciale nell'ambito della azione di prevenzione della corruzione. Infatti, una formazione adeguata consente di raggiungere i seguenti obiettivi:

- l'attività amministrativa è svolta da soggetti consapevoli: la discrezionalità è esercitata sulla base di valutazioni fondate sulla conoscenza e le decisioni sono assunte "con cognizione di causa"; ciò comporta la riduzione del rischio che l'azione illecita sia compiuta inconsapevolmente;
- la conoscenza e la condivisione degli strumenti di prevenzione (politiche, programmi, misure) da parte dei diversi soggetti che a vario titolo operano nell'ambito del processo di prevenzione;
- la creazione di una base omogenea minima di conoscenza, che rappresenta l'indispensabile presupposto per programmare la rotazione del personale;
- la creazione della competenza specifica necessaria per il dipendente per svolgere la nuova funzione da esercitare a seguito della rotazione;
- la creazione di competenza specifica per lo svolgimento dell'attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;
- la costruzione di "buone pratiche amministrative" a prova di impugnazione e con sensibile riduzione del rischio di corruzione;
- l'occasione di un confronto tra esperienze diverse e prassi amministrative distinte da ufficio ad ufficio, reso possibile dalla compresenza di personale "in formazione" proveniente da

esperienze professionali e culturali diversificate; ciò rappresenta un'opportunità significativa per coordinare ed omogeneizzare all'interno dell'ente le modalità di conduzione dei processi da parte degli uffici, garantendo la diffusione degli orientamenti giurisprudenziali sui vari aspetti dell'esercizio della funzione amministrativa, indispensabili per orientare il percorso degli uffici, orientamenti spesso non conosciuti dai dipendenti e dai dirigenti anche per ridotta disponibilità di tempo da dedicare all'approfondimento;

- evitare l'insorgere di prassi contrarie alla corretta interpretazione della norma di volta in volta applicabile;
- la diffusione di valori etici, mediante l'insegnamento di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati.

A tale fine, l'Azienda Sanitaria Locale BR programma adeguati percorsi di formazione. L'attività formativa è strutturata su due livelli:

1) un livello generale, rivolto a tutti i dipendenti, che riguarda l'aggiornamento delle competenze (approccio contenutistico) e le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale);

2) un livello specifico, rivolto al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, ai Referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio; il livello specifico riguarda le politiche, i programmi e i vari strumenti utilizzati per la prevenzione e tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'Azienda, in particolare le modalità di mappatura dei processi e di valutazione e ponderazione dei rischi specifici.

I fabbisogni formativi sono individuati dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione, in raccordo con il Responsabile dell'Ufficio Formazione.

Le iniziative formative sono inserite anche nel Piano della Formazione di cui all'art. 7 bis del D. Lgs. n. 165/2001.

Nella scelta delle modalità per l'attuazione dei processi di formazione, l'Azienda segue le seguenti indicazioni esplicitate nel P.N.A.:

- formazione indirizzata ai dipendenti che operano in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- i dipendenti saranno individuati dal Responsabile della prevenzione della corruzione, fra coloro che operano nelle aree a rischio corruzione, d'intesa con i dirigenti delle stesse aree di appartenenza.
- i percorsi di aggiornamento e di formazione di livello generale e di livello specifico;
- le iniziative di formazione devono tener conto dell'importante contributo che può essere dato dagli operatori interni all'amministrazione, inseriti come docenti nell'ambito di percorsi di aggiornamento e formativi in house;
- sono programmate apposite iniziative formative sui temi dell'etica e della legalità. Tali iniziative

dovrebbero coinvolgere, nell'arco di tre anni, tutti i dipendenti ed i collaboratori a vario titolo dell'amministrazione e debbono riguardare il contenuto dei Codici di comportamento e il Codice disciplinare e devono basarsi prevalentemente sull'esame di casi concreti;

- debbono essere previste iniziative di formazione specialistiche per il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, comprensive di tecniche di risk management, e per le figure a vario titolo coinvolte nel processo di prevenzione;

L'adozione delle iniziative finalizzate alla realizzazione degli interventi formativi è programmata nell'ambito del PTPC e del P.T.F..

L'Azienda monitora e verifica il livello di attuazione dei processi di formazione e la loro efficacia. Il monitoraggio è realizzato attraverso questionari destinati ai soggetti destinatari della formazione. Le domande riguardano le priorità di formazione e il grado di soddisfazione dei percorsi già avviati.

L'Azienda Sanitaria Locale Br, nel piano triennale di formazione del personale di prossima attuazione ha già inserito corsi di formazione specificatamente incentrati sui temi dell'etica pubblica e della legalità, prioritariamente dedicati ai dipendenti addetti alle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione individuate ai sensi del presente piano.

Per l'assolvimento delle proprie finalità formative, l'Azienda predisporrà percorsi, anche specifici e settoriali, di formazione sui temi dell'etica e della legalità e provvede alla formazione dei dipendenti pubblici chiamati ad operare nei settori in cui è più elevato, sulla base dei piani adottati dalle singole amministrazioni, il rischio che siano commessi reati di corruzione.

La individuazione del personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità è effettuata dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione con i propri referenti e con il Responsabile dell'Ufficio Formazione.

Tutti i dipendenti che, direttamente o indirettamente, svolgono una attività, nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione individuate ai sensi del PTPC devono, partecipare ai corsi di formazione di cui al PTPC medesimo.

Al fine di assicurare la massima promozione della cultura della legalità e dell'etica pubblica nell'attività amministrativa, sia nella fase della selezione del personale, sia in quella dell'aggiornamento e della specializzazione, il programma di formazione annuale predisposto dall'Azienda deve prevedere percorsi anche specifici e settoriali di formazione per l'approfondimento dei contenuti della c.d. normativa anticorruzione e delle azioni di prevenzione e contrasto del rischio della corruzione e dell'illegalità, specificamente dedicati ai dipendenti che operano nelle strutture nel cui ambito è più elevato, sulla base del PTPC, il rischio medesimo.

Al fine di assicurare che i percorsi formativi predisposti dall'Azienda ai sensi del PTPC siano effettivamente mirati ad una formazione continua, capillare e diffusa del personale interessato, tenuto anche conto della molteplicità e della varietà delle attività amministrative, sanitarie e sociosanitarie svolte e della conseguente necessità di predisporre attività formative anche specifiche e settoriali, il

piano di formazione aziendale sui temi dell'etica pubblica e della legalità ha previsto, eventi formativi sia in in house sia in FAD.

## PATTI DI INTEGRITÀ NEGLI AFFIDAMENTI

I patti d'integrità ed i protocolli di legalità rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dalla stazione appaltante come presupposto necessario e condizionante la partecipazione dei concorrenti ad una gara di appalto. Il patto di integrità è un documento che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e permette un controllo reciproco e sanzioni per il caso in cui qualcuno dei partecipanti cerchi di eluderlo. Si tratta quindi di un complesso di regole di comportamento finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo e volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti.

L'A.V.C.P. con determinazione n. 4/2012 si è pronunciata circa la legittimità di prescrivere l'inserimento di clausole contrattuali che impongono obblighi in materia di contrasto delle infiltrazioni criminali negli appalti nell'ambito di protocolli di legalità/patti di integrità. Nella determinazione si precisa che *“mediante l'accettazione delle clausole sancite nei protocolli di legalità al momento della presentazione della domanda di partecipazione e/o dell'offerta, infatti, l'impresa concorrente accetta, in realtà, regole che rafforzano comportamenti già doverosi per coloro che sono ammessi a partecipare alla gara e che prevedono, in caso di violazione di tali doveri, sanzioni di carattere patrimoniale, oltre alla conseguenza, comune a tutte le procedure concorsuali, della estromissione dalla gara (cfr Cons. St., sez. VI, 8 maggio 2012, n. 2657; Cons. St., 9 settembre 2011, n. 5066).*

A tale fine, l'Azienda, in attuazione dell'art. 1, comma 17, della L. n. 190/2012, **con Deliberazione D.G. n. 74 del 18.1.2017, ha approvato il PATTO DI INTEGRITA' IN MATERIA DI CONTRATTI PUBBLICI** con l'obbligo, da parte del Direttore dell'Area Gestione del Patrimonio e il Direttore dell'Area Gestione Tecnica, e degli altri soggetti titolari di poteri contrattuali, è tenuto ad assicurare che negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito sia inserita la clausola di salvaguardia che il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto. Al rispetto di tale disposizione sono, altresì, tenuti tutti i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, in presenza di situazioni di specie.

## MECCANISMI DI FORMAZIONE, ATTUAZIONE E CONTROLLO DELLE DECISIONI IDONEI A PREVENIRE IL RISCHIO DI CORRUZIONE – TERMINI PROCEDIMENTALI

Il piano di prevenzione della corruzione dell'Azienda Sanitaria Locale BR definisce, per le attività individuate come a rischio di corruzione e di illegalità, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio medesimo.

A tal fine, l'iter di formazione delle decisioni, la fase di attuazione delle stesse, nonché quella del controllo, si svolgono sotto la diretta responsabilità dei dirigenti preposti alle varie articolazioni, centrali e periferiche, dell'Azienda nel rigoroso rispetto della legge e nell'osservanza della dovuta

trasparenza dell'intero procedimento.

Sul sito web istituzionale dell'Azienda devono essere pubblicate tutte le informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto della vigente normativa in materia di trasparenza amministrativa, nonché delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali

Per garantire l'effettività di tali misure, i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, anche nella qualità di Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione individuati ai sensi del PTPC, curano che, nella circostanziata e documentata relazione, da inoltrare al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, con cadenza semestrale, ai sensi del PTPC, siano segnalati, con specifico riferimento alle articolazioni cui sono rispettivamente preposti, gli interventi organizzativi realizzati, in relazione alle attività individuate come a rischio di corruzione e d'illegalità, per assicurare il rigoroso rispetto della legge e l'osservanza della massima trasparenza nella formazione, nella attuazione e nel controllo delle decisioni.

In aggiunta a tale relazione, i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, quali Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, relazionano, con immediatezza e senza ritardo, su qualsivoglia elemento che richieda la necessità di immediati interventi.

Le relazioni redatte ai sensi dei due periodi che precedono sono inoltrate, oltre che al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, anche al Direttore Generale.

Al fine di assicurare che il flusso informativo verso il Responsabile della Prevenzione della Corruzione sia connotato dalla massima costanza, capillarità e diffusione, i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, quali Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, attuano, all'interno delle articolazioni cui sono rispettivamente preposti, un sistema "a cascata", con il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti e dipendenti, tale da garantire il pieno conseguimento delle finalità di cui al PTPC, nonché da assicurare che tutto il personale dell'Azienda sia coinvolto nell'attività di analisi e valutazione, nonché di proposta e definizione delle misure di monitoraggio per l'implementazione del piano di prevenzione della corruzione.

Inoltre il Responsabile della Prevenzione della Corruzione può, in qualsiasi momento, motivatamente, richiedere per iscritto ai dipendenti che hanno istruito un procedimento o ai dirigenti che hanno adottato il provvedimento finale di dare per iscritto adeguata motivazione circa le circostanze di fatto e le ragioni giuridiche sottese all'adozione del provvedimento medesimo.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione può, altresì, in ogni momento motivatamente chiedere delucidazioni per iscritto a tutti i dipendenti e dirigenti su comportamenti, incidenti sulle attività istituzionali, che possono integrare anche solo potenzialmente rischio di corruzione ed illegalità.

Infine, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione può direttamente monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti, inoltrando una motivata richiesta ai dipendenti o ai dirigenti incaricati della istruttoria, cui gli stessi dovranno fornire una tempestiva risposta scritta.

## PROCEDURE PER MONITORARE I RAPPORTI TRA L'AMMINISTRAZIONE E I SOGGETTI CHE CON LA STESSA STIPULANO CONTRATTI O CHE SONO INTERESSATI A PROCEDIMENTI CON VANTAGGI ECONOMICI DI QUALUNQUE GENERE

Il piano di prevenzione della corruzione dell'Azienda Sanitaria Locale BR definisce procedure appropriate per monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione.

Sui rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere vigilano, in via ordinaria, i dirigenti preposti alle varie articolazioni centrali e periferiche dell'Azienda, al fine di accertare che gli stessi siano improntati alla massima correttezza ed al rigoroso rispetto della legge.

Per garantire l'effettività di tale attività di vigilanza, i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, anche nella qualità di Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, individuati ai sensi del presente Piano, curano che, nella circostanziata e documentata relazione, da inoltrare al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, con cadenza semestrale, ai sensi del Piano, siano segnalati, con specifico riferimento alle articolazioni cui sono rispettivamente preposti, gli esiti del monitoraggio effettuato sui rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione.

Inoltre, il Responsabile della prevenzione della corruzione può direttamente monitorare i rapporti in questione, inoltrando una motivata richiesta ai dipendenti o ai dirigenti incaricati della istruttoria dei relativi procedimenti, cui gli stessi dovranno fornire una tempestiva risposta scritta.

### ALLEGATI ALLA PRESENTE SEZIONE "RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA" DEL PIAO 2025 – 2027

ALL. N.1 – Prima mappatura dei processi aree di rischio obbligatorie

ALL. N. 2 – Mappatura processi contratti pubblici finanziati con risorse del PNRR

ALL. N. 3 – Tabella obblighi di pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente"

ALL. N.4 – Delibera ANAC n. 264 del 20/06/2023 - allegato 1 - Atti e documenti da pubblicare in "Bandi di Gara e Contratti" per procedure dal 1° gennaio 2024.

SOGGETTI	CRONOPROGRAMMA COMPETENZE/ADEMPIMENTI	TERMINI
Direttore Generale	Adozione del PIAO - sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" predisposto dal RPCT	Entro il 31 gennaio di ogni anno
Responsabile della Prevenzione della Corruzione	Divulgazione del Piano alle articolazioni aziendali	Entro 15 giorni dalla sua adozione
Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Direttori di U.O.C.	Definizione delle procedure per selezionare e formare i dipendenti operanti nei settori esposti alla corruzione	Cadenza annuale
Referenti RPCT	Trasmissione al RPCT delle relazioni sulle procedure utilizzate e i controlli di legittimità attivati e sulle proposte di eventuali nuovi interventi organizzativi per migliorare la prassi ai fini della prevenzione delle pratiche corruttive	Inoltro di due relazioni annuali, delle quali l'ultima entro il 31 ottobre
Direttori di U.O.C.	Trasmissione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione delle relazioni sul monitoraggio dei rapporti con i soggetti con i quali intercorrono rapporti a rilevanza economica	Entro il 30 novembre di ogni anno
Responsabile della Prevenzione della Corruzione	Relazione annuale di attuazione del Piano e trasmissione al Direttore Generale e all'OIV con contestuale pubblicazione sul sito <i>web</i> aziendale	Entro il 15 dicembre di ogni anno

Responsabile della Prevenzione della Corruzione d'intesa con i Dirigenti competenti	Rotazione nei settori esposti al rischio di corruzione, previa definizione delle procedure di rotazione dei dipendenti che curano i procedimenti	A seguito dell'adozione del regolamento aziendale nel rispetto dei termini previsti dalle norme e dal PTPC
---	--	--

AZIENDA SANITARIA LOCALE di BRINDISI

Tabella Valutazione di Rischio per Aree e Processi

AREA DI RISCHIO A : ACQUISIZIONE E PROGRESSIONE DEL PERSONALE

	PROCESSI	ATTIVITA'	SOGGETTI - UNITA' OPERATIVE coinvolti	VALUTAZIONE E COMPLESSIVA DEL RISCHIO Basso (B) - Medio (M) - Alto (A)	RISCHI SPECIFICI	MISURE ULTERIORI ESISTENTI (oltre alle misure obbligatorie trasversali riportate nel Piano)	MISURE ULTERIORI PROPOSTE	RESPONSABILI	MODALITA' DI VERIFICA ATTUAZIONE	TEMPI
<b>AREA DI RISCHIO A: ACQUISIZIONE E PROGRESSIONE DEL PERSONALE - INCARICHI E NOMINE</b>	P1 Reclutamento di personale a tempo indeterminato o determinato		Area Gestione Personale / U.O. Assunzioni e concorsi	A	Alterazione e/o omissioni di passaggi procedurali prescritti ex lege preordinati a violazioni della par condicio. Mancata verifica a campione di autocertificazioni e dichiarazioni sostitutive dell'atto del reclutamento e/o contrattualizzazione. Previsione di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutare candidati particolari.	Norme di legge e pubblicazione bandi e graduatorie su BUR e GU. Procedure scritte, supervisione da parte del Direttore U.O.C. Assegnazione dei controlli ad almeno due operatori.	Rotazione dei dirigenti e funzionari	Direttore Area gestione Personale - Direzione strategica	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	Un anno
			Area Gestione Personale / U.O. Assunzioni e concorsi	A	Abuso nei processi di stabilizzazione finalizzato al reclutamento di candidati particolari	Norme di legge che individuano criteri oggettivi per la stabilizzazione dei precari. Pubblicazione dei bandi e graduatorie su BUR e GU	Norme di legge e misure obbligatorie	Direttore Area gestione Personale	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
			Area Gestione Personale / U.O. Assunzioni e concorsi	A	Irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati particolari	Norme di legge e misure obbligatorie	Procedure scritte, supervisione del Direttore U.O.C. Assegnazione dei controlli ad almeno due operatori. Rotazione del Segretario commissione per le varie procedure selettive.	Direttore Area gestione Personale	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
			Area Gestione Personale / U.O. Assunzioni e concorsi	A	Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la mancata applicazione della regola dell'anonimato nel caso di prova scritta e la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di reclutare candidati particolari.	Norme di legge e misure obbligatorie	Norme di legge e misure obbligatorie	Direttore Area gestione Personale	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
	P2 Progressioni di carriera		Area Gestione Personale	M	Mancanza di trasparenza - Bando finalizzato al reclutamento di candidati particolari -	Norme di legge e norme negoziali. 2) Procedure aziendali. Non sono state, al momento, individuate misure aggiuntive in quanto le progressioni economiche sono state sospese per tutto il quadriennio 2011-2014 ai sensi dell'art. 9 D.L. 78/2010 convertito in L.122/2010. 3) Le progressioni di carriera, tramite selezione interna, non sono più effettuabili dallo 01/01/2011, ai sensi degli artt. 24 e 31 del D.Lgs. 150/2009.	Norme di legge e misure obbligatorie		Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
			Area Gestione Personale	M	Mancanza di trasparenza - Irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati particolari	Norme di legge e, in particolare, sulla trasparenza	Norme di legge e misure obbligatorie		Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	
			Area Gestione Personale	M	Mancanza di trasparenza - Irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati particolari	Norme di legge e, in particolare, sulla trasparenza	Norme di legge e misure obbligatorie		Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	

			Area Gestione Personale	M	Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la cogenza della regola dell'anonimato nel caso di prova scritta e la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di reclutare candidati particolari.	Norme di legge e, in particolare, sulla trasparenza.	Norme di legge e misure obbligatorie		Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	Un anno
	P3 Conferimento di incarichi di collaborazione / in convenzione		Area Gestione Personale - Struttura Burocratico Legale	A	Concessione proroghe oltre ai limiti consentiti dalla legge -	Norme di Legge	Norme di legge e misure obbligatorie		Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	Un anno
	P4 Conferimento e gestione degli incarichi con medici convenzionati		Ufficio Convnzionato (Area Gestione Personale) - Distretti S.S.		Irregolarità nell'inserimento e nell'aggiornamento di dati con risvolti economici.	Vincolato da normativa regionale (Accordi Integrativi regionali e Direttive regionali) e Accordi Collettivi Nazionali. Incrocio dati sistemi informatici coordinati Regionali - aziendali - Ministeriali (EDOTTO - MEF)	Ulteriori controlli a campione sul rispetto della normativa e sul corretto inserimento dei dati relativi alla connessione tra medici di base e assistiti.	DIRETTORE AREA GET. PERSONALE E DIRETTORI DISTRETTI	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
	P5 Incarichi di struttura complessa / nomine		Ufficio Personale - Direzione strategica		Mancanza di trasparenza	Norme di legge e, in particolare, sulla trasparenza.			Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
	P6 Conferimento incarichi di docenza		Area Gestione Personale		Mancanza di trasparenza	Norme di legge e, in particolare, sulla trasparenza.			Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito

**AREA DI RISCHIO B : GESTIONE RILEVAZIONE PRESENZE**

	PROCESSI	ATTIVITA'	SOGGETTI - UNITA' OPERATIVE coinvolti	VALUTAZION E COMPLESSIV A DEL RISCHIO Basso (B) - Medio (M) - Alto (A)	RISCHI SPECIFICI	MISURE ULTERIORI ESISTENTI (Oltre alle misure obbligatorie trasversali riportate nel Piano)	MISURE ULTERIORI PROPOSTE	RESPONSABILI	MODALITA' DI VERIFICA ATTUAZIONE	TEMPI
<b>AREA DI RISCHIO B: GESTIONE RILEVAZIONE PRESENZE</b>	P7 Gestione del programma delle presenze		Area Gestione Personale	A	Registrazione o cancellazione presenze dal servizio. Impedire i mancati controlli al fine di favorire/ discriminare taluni soggetti.	norme di legge e misure obbligatorie	Adozione di piattaforma software di gestione via web della rilevazione presenze con accesso diretto e visualizzazione immediata dalle postazioni dei dipendenti per la propria posizione e dei dirigenti per la posizione dei dipendenti dell'area di propria responsabilità. Supervisione da parte del Direttore U.O.C. Assegnazione dei controlli ad almeno due operatori. Rotazione del personale dirigenziale e non dirigenziale nelle posizioni più rischio.	Direttore Area Gestione del Personale	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	un anno
			Area Gestione Personale	A	Errato inserimento dei profili orari	norme di legge e misure obbligatorie		Direttore Area Gestione del Personale	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	un anno

	P8 Attestazione presenza in servizio		Area Gestione del Personale	A	Mancata rettifica timbrature errate o mancanti	norme di legge e misure obbligatorie	Direttore Area gestione del Personale	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	un anno
			Tutte le aree.	A	Falsa attestazione delle presenze non timbrate.	norme di legge e misure obbligatorie	Tutti i dirigenti per le aree di rispettiva competenza	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	un anno

**AREA DI RISCHIO C: AFFIDAMENTO DI LAVORI SERVIZI E FORNITURE - CONTRATTI PUBBLICI**

	PROCESSI	ATTIVITA'	SOGGETTI - UNITA' OPERATIVE coinvolti	VALUTAZION E COMPLESSIV A DEL RISCHIO Basso (B) Medio (M) Alto (A)	RISCHI SPECIFICI	MISURE ULTERIORI ESISTENTI (Oltre alle misure obbligatorie trasversali riportate nel Piano)	MISURE ULTERIORI PROPOSTE	RESPONSABILI	MODALITA' DI VERIFICA ATTUAZIONE	TEMPI
<b>AREA DI RISCHIO C: AFFIDAMENTO DI LAVORI SERVIZI E FORNITURE - CONTRATTI PUBBLICI</b>	P9 Definizione dell'oggetto dell'affidamento		Area Gestione Patrimonio U.O. APPALTI E CONTRATTI / Area Gestione Tecnica / Area Farmaceutica Ospedaliera	M	Restrizione del mercato attraverso la definizione nel disciplinare delle specifiche tecniche di caratteristiche specifiche di prodotti allo scopo di favorire una determinata impresa.	Verifica della descrizione della specifica tecnica ricevuta; CLAUSOLA PER EQUIVALENTE (art. 68 del D. Lgs. 163/2006 - Cod. App.)	Per specificità tecniche particolari ampliamento della base tecnica di confronto a soggetti oltre l'azienda.	Direttori Aree interessate	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	sa subito
	P10 Individuazione procedura per l'affidamento		Area Gestione Patrimonio U.O. APPALTI E CONTRATTI / Area Gestione Tecnica / Area Farmaceutica Ospedaliera	M	elusione delle regole di evidenza pubblica mediante l'UTILIZZO DEL MODELLO PROCEDURALE DELLE CONSULENZE O CONVENZIONI laddove invece ricorrono i presupposti di una gara di appalto. - B.2 Frazionamento artificioso	art. 54 del Codice degli Appalti D. Lgs. 163/2006	Regolamentazione dello strumento di affidamento nel senso di rendere un'eccezione motivata il ricorso ad affidamenti diretti, anche in caso di incarichi sotto soglia.Applicazione degli schemi contrattuali predisposti da ANAC per motivare in modo adeguato gli affidamenti fuori Mepa sotto soglia comunitaria o CONSIP nei settori obbligatori all'utilizzo del mercato elettronico.	Direttori Aree interessate	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	sa subito

<b>AREA DI RISCHIO C : AFFIDAMENTO DI LAVORI SERVIZI E FORNITURE - CONTRATTI PUBBLICI</b>	P11 Requisiti di aggiudicazione		Area Gestione Patrimonio U.O. APPALTI E CONTRATTI / Area Gestione Tecnica / Area Farmaceutica Ospedaliera	M	Uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, finalizzato ad favorire un impresa	art. 38, 39, 40 del 163/2006	Evitare, nei limiti del possibile, che il soggetto che redige il capitolato tecnico faccia parte della commissione giudicatrice. - 1) Norme di legge e regolamenti. 2) Procedure informatiche CONSIP/ MEPA per gare sotto soglia. 3) Patti di integrità. 4) Segregazioni funzioni. 5) Verifica dei requisiti di qualificazione prima della determina a contrarre e del progetto capitolato predisposto dall'ufficio contraente, delle modalità di scelta del contraente e di criteri di selezione delle ditte da invitare (rotazione qualificazione). 6) Verifica sul rispetto dei protocolli di legalità in materia (determine AVCP/ANAC). 7) Verifica puntuale regime di incompatibilità membri delle commissioni di gara(ufficiale /ufficiosa) con riferimento anche alla fattispecie regolata dall'art. 35bis del d.lgs 35 bis 165/01.	Direttori Aree interessate	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
	P12 Valutazione delle offerte		AGP Commissione di gara	M	Mancato rispetto dei criteri indicati nel disciplinare di gara cui la commissione giudicatrice deve attenersi per decidere i punteggi da assegnare all'offerta, con particolare riferimento alla valutazione degli elaborati progettuali.	art. 81, 82, 83, 84 del 163/2006 -	Integrazione della commissione giudicatrice con personale esperto	Direttori Aree interessate	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	1 anno
	P13 Verifica anomalia delle offerte		Area Gestione Patrimonio U.O. APPALTI E CONTRATTI / Area Gestione Tecnica / Area Farmaceutica Ospedaliera	M	Mancato rispetto dei criteri di individuazione e di verifica delle offerte anormalmente basse, anche sotto il profilo procedurale.	art. 86, 87, 88, 89 del 163/2006	Trasmissione semestrale report al RPC	Direttori Aree interessate	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
	P14 Procedure negoziate urgenti		Area Gestione Patrimonio U.O. APPALTI E CONTRATTI / Area Gestione Tecnica / Area Farmaceutica Ospedaliera	M	Utilizzo della procedura negoziata al di fuori dei casi previsti dalla legge ovvero suo impiego nelle ipotesi individuate dalla legge, pur non sussistendone effettivamente i presupposti.	art. 56 del 163/2006	Regolamento aziendale per le procedure urgenti - Trasmissione report annuale al RPC degli affidamenti suddivisi per tipologia di procedura adottata con indicazione del numero e dell'importo totale.	Direttori Aree interessate	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito

	P15 Affidamenti diretti		Area Gestione Patrimonio U.O. APPALTI E CONTRATTI / Area Gestione Tecnica / Area Farmaceutica Ospedaliera	M	Abuso nel ricorso agli affidamenti in economia ed ai cottimi fiduciari al di fuori delle ipotesi legislativamente previste.	art. 125 del 163/2006	Regolamento aziendale per le procedure urgenti - Trasmissione report annuale al RPC degli affidamenti suddivisi per tipologia di procedura adottata con indicazione del numero e dell'importo totale.	Direttori Aree interessate	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
	P16 Revoca del bando		AGP UO APPALTI E CONTRATTI/AGT	M	Adozione di un provvedimento di revoca di un bando strumentale all'annullamento della gara al fine di evitare l'aggiudicazione in favore di un soggetto diverso da quello atteso al fine di creare i presupposti per concedere un indennizzo all'aggiudicatario.	art. 63-69 del 163/2006 - Comunicazione agli enti proposti all'attività di vigilanza - Verifica sulla legittimità dei requisiti di qualificazione prima della determina a contrarre e del progetto capitolato predisposto dall'ufficio contraente - Verifica puntuale regime incompatibilità dei membri delle commissioni di gara	Comunicazione al RPC per la singola revoca	Direttori Aree interessate	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
	P17 Redazione del cronoprogramma		AGT	M	Mancanza di sufficiente precisione nella pianificazione delle tempistiche di esecuzione dei lavori, che consenta all'impresa di non essere eccessivamente vincolata ad un'organizzazione precisa dell'avanzamento dell'opera, creando in tal modo i presupposti per la richiesta di eventuali extraguadagni da parte dello stesso esecutore. Pressioni dell'appaltatore sulla direzione dei lavori, affinché possa essere rimodulato il cronoprogramma in funzione dell'andamento reale della realizzazione dell'opera. Mancanza di sufficiente precisione nella pianificazione delle tempistiche di esecuzione dei lavori, che consenta all'impresa di non essere eccessivamente vincolata ad un'organizzazione precisa dell'avanzamento dell'opera, creando in tal modo i presupposti per la richiesta di eventuali extraguadagni da parte dello stesso esecutore. Pressioni dell'appaltatore sulla direzione dei lavori, affinché possa essere rimodulato il cronoprogramma in funzione dell'andamento reale della realizzazione dell'opera.	art. 133, 161 del 163/2006	Modifica dell'autocertificazione con inserimento della clausola: "di avere effettuato uno studio approfondito dell'appalto e di ritenerlo adeguato e realizzabile nei tempi previsti dal cronoprogramma e per il prezzo corrispondente all'offerta presentata".sottoscritto con la Prefettura e/o adozione di patto di integrità proposto da ANAC	Direttori Aree interessate	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
	P18 Varianti in corso di esecuzione del contratto		AGT	A	Ammissione di varianti durante la fase esecutiva del contratto, al fine di consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire guadagni ulteriori, addebitabili in particolar modo alla sospensione dell'esecuzione del lavoro o del servizio durante i tempi di attesa dovuti alla redazione della perizia di variante.	art. 76 del D. Lgs. 163/2006 - 1) Norme di legge e regolamenti. 2) Protocollo di legalità. 3) Ricorso all'utilizzo del ribasso per lavori e servizi complementari nel rispetto del art. 57 commi 3-5 D.lgs 163/2006.	Trasmissione al RPC report semestrale - Revisione protocollo di legalità del 2007 sottoscritto con la Prefettura e/o adozione di patto di integrità proposto da ANAC	Direttori Aree interessate	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
	P19 Subappalto		AGP UO APPALTI E CONTRATTI/AGT	A	Scomposizione, da parte dell'appaltatore della quota-lavori che dovrebbe eseguire direttamente e suo affidamento attraverso contratti non qualificati come subappalto, ma alla stregua di forniture	Norme di legge -Protocollo di legalità	Revisione protocollo di legalità del 2007 sottoscritto con la Prefettura e/o adozione di patto di integrità proposto da ANAC	Direttori Aree interessate	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	

<b>AREA DI RISCHIO C : AFFIDAMENTO DI LAVORI SERVIZI E FORNITURE - CONTRATTI PUBBLICI</b>			AGP UO APPALTI E CONTRATTI/A GT	A	Accordi preventivi tra le ditte partecipanti alla gara aventi ad oggetto l'affidamento in subappalto dei lavori da parte della aggiudicataria alle ditte non aggiudicatarie. Omesso controllo sul rispetto di esecuzione delle quote subappaltabili da parte del subappaltatore.	Norme di Legge - Protocollo di legalità	Previsione negli atti di gara del divieto di subappalto a ditte che hanno partecipato alla gara in forma singola o associata - Revisione protocollo di legalità del 2007 sottoscritto con la Prefettura e/o adozione di patto di legalità proposto da ANAC	Direttrici Aree interessate	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
	P20 Esecuzione del contratto		Area Gestione Patrimonio U.O. APPALTI E CONTRATTI / Area Gestione Tecnica / Area Farmaceutica Ospedaliera	A		Norme di legge - Protocollo di legalità	individuare strumenti adeguati al controllo dell'esatto adempimento del contratto- Revisione protocollo di legalità del 2007 sottoscritto con la Prefettura e/o adozione di patto di legalità proposto da ANAC	Direttrici Aree interessate	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	1 anno
	P21 Proroghe prosecuzioni rapporti contrattuali		Area Gestione Patrimonio U.O. APPALTI E CONTRATTI / Area Gestione Tecnica / Area Farmaceutica Ospedaliera	A	Elusione delle norme sulle procedure ad evidenza pubblica per favorire il fornitore	Aggiornamento tempestivo pagine web dell'Amministrazione Trasparente come previsto dal PTI e con modalità tali da assicurare una effettiva trasparenza	Trasmissione report annuale al RPC degli affidamenti suddivisi per tipologia di procedura e con l'indicazione del numero e dell'importo totale.	Direttrici delle Aree interessate	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	entro il 31 ottobre di ogni anno
	P22 Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quello giurisdizionale per la risoluzione		Area Gestione Patrimonio U.O. APPALTI E CONTRATTI / Area Gestione Tecnica / Area Farmaceutica Ospedaliera	A	Utilizzo distorto dello strumento delle riserve al fine di concedere benefici economici all'appaltatore	D.Lgs. 163/06 art. 239 (transazione), art. 241(accordo bonario) art. 240 bis(definizione riserve) art. 241(arbitrato)Al	Trasmissione report annuale al RPC sulle controversie risolte con metodi alternativi a quello giurisdizionale, con il relativo valore.	Direttrici delle Aree interessate	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	entro il 31 ottobre di ogni anno
	P23 Inserimento aggiudicazione nel sistema ordini		Area Gestione Patrimonio U.O. APPALTI E CONTRATTI / Area Gestione Tecnica / Area Farmaceutica Ospedaliera	M	Errato inserimento dei dati nel sistema ordini al fine di beneficiare un determinato soggetto non vincitore della gara	Controllo interno sulla corrispondenza del bene con l'aggiudicatario - Controllo esterno da parte delle ditte aggiudicatarie	Controlli a campione periodici	Direttrici delle Aree interessate	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito

**AREA DI RISCHIO D - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO**

PROCESSI	ATTIVITA'	SOGGETTI - UNITA' OPERATIVE coinvolti	VALUTAZIONE E COMPLESSIVITA' DEL RISCHIO Basso (B) Medio (M) Alto (A)	RISCHI SPECIFICI	MISURE ULTERIORI ESISTENTI (Oltre alle misure obbligatorie trasversali riportate nel Piano)	MISURE ULTERIORI PROPOSTE	RESPONSABILI	MODALITA' DI VERIFICA ATTUAZIONE	TEMPI
----------	-----------	---------------------------------------	---	------------------	---	---------------------------	--------------	----------------------------------	-------

<b>AREA DI RISCHIO "D" - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO</b>	P24 Erogazione di prestazioni e servizi sanitari		Distretti	M	Abuso della relazione professionale con gli utenti per indirizzarli verso strutture private o attività libero professionale. - Mancanza di trasparenza	Norme di legge e regolamenti. Procedure informatizzate. Tracciabilità.	Controlli mirati a seguito di segnalazione	Direttori strutture responsabili	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
	P25 Rilascio di autorizzazioni sanitarie o di pareri finalizzati al rilascio di provvedimenti di autorizzazione di pertinenza del Dipartimento di Prevenzione	Pareri previsti dalla Delib-G.R. 2759/2012 per competenza specifica SPeSAL	SPeSAL (DIP. PREV.) - Dirigenti, medici e tecnici del Dipart. Prev. Secondo le proprie attribuzioni.	M	Errori, omissioni, false attestazioni	Corso di formazione per uniformare ed aggiornare le procedure; realizzazione di istruzioni operative condivise e verifica del loro rispetto durante riunioni di servizio. Audit interni di alcune attività svolte con controlli a random. Verifica dell'assenza di condizioni di incompatibilità. Verifica del procedimento e delle conclusioni da parte del Direttore U.O.C.	Esame collegiale delle pratiche Tracciabilità	Direttore U.O.C.	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
	P26 Rilascio autorizzazione strutture socio assistenziali		SISP (DIP. PREV.)	M	Abuso nel rilascio di autorizzazioni in ambiti in cui il pubblico ufficio ha funzioni esclusive o preminenti di controllo al fine di agevolare determinati soggetti	Norme di legge	Esame collegiale delle pratiche Tracciabilità		Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
	P27 Pareri per insediamenti produttivi		SISP (DIPART. PREV.)	A	Mancanza / inadeguatezza di controlli - Mancanza di trasparenza	Il Servizio segue le indicazioni stabilite a suo tempo per la certificazione in qualità. I pareri vengono formulati con indicazione dei riferimenti normativi. I pareri vengono formulati con il concorso del personale di altri servizi del dipartimento di Prevenzione e validati dal Direttore dell'UOS UCNI. I piani di amianto vengono registrati anche come attività che viene verificata a livello regionale e i tecnici in genere escono a "coppie variabili" e condividono le scelte	Esame collegiale delle pratiche Tracciabilità		Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
	P28 Autorizzazioni, nulla osta, registrazioni, istruttorie su insediamenti produttivi, autorizzazioni e nulla osta per commercio animali, autorizzazioni, nulla osta richiesti da privati e istituzioni.		DIPART. PREV.	A	Mancanza / inadeguatezza di controlli - Mancanza di trasparenza	Il Servizio è certificato Iso 9001 da Bureau Veritas, pertanto è soggetto a verifiche annuali sull'applicazione di Procedure Operative. Inoltre vengono eseguiti Audit interni e formazione continua del personale con incontri specifici e riunioni di Servizio.	Esame collegiale delle pratiche Tracciabilità		Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito

<b>AREA DI RISCHIO D - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO</b>	P29 Certificazioni export animali da allevamento, da compagnia e prodotti animali.		DIPART. PREV.	A	Mancanza / inadeguatezza di controlli - Mancanza di trasparenza	Il Servizio è certificato Iso 9001 da Bureau Veritas, pertanto è soggetto a verifiche annuali sull'applicazione di Procedure Operative. Inoltre vengono eseguiti Audit interni e formazione continua del personale con incontri specifici e riunioni di Servizio.	Esame collegiale delle pratiche Tracciabilità	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
	P30 Riconoscimenti (stabilimenti autorizzati al comm. UE extra UE), autorizzazione allo stabilimento di poter esportare in ambito europeo e internazionale. Registreazioni per le attività di commercio al dettaglio in sede fissa, ambulante, deposito e trasporto.		DIPART. PREV.	A	Mancanza / inadeguatezza di controlli - Mancanza di trasparenza	Il Servizio è certificato Iso 9001 da Bureau Veritas, pertanto è soggetto a verifiche annuali sull'applicazione di Procedure Operative. Inoltre vengono eseguiti Audit interni e formazione continua del personale con incontri specifici e riunioni di Servizio.	Esame collegiale delle pratiche Tracciabilità	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
	P31 Certificazioni export (export alimenti extra UE).		DIPART. PREV.	A	Mancanza / inadeguatezza di controlli - Mancanza di trasparenza	Il Servizio è certificato Iso 9001 da Bureau Veritas, pertanto è soggetto a verifiche annuali sull'applicazione di Procedure Operative. Inoltre vengono eseguiti Audit interni e formazione continua del personale con incontri specifici e riunioni di Servizio.	Esame collegiale delle pratiche Tracciabilità	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
	P32 Provvedimenti di Servizio su richiesta del cittadino: autorizzazioni, riconoscimenti, registrazioni, dichiarazioni, certificazioni		DIPART. PREV.	A	Abusi sul rilascio dei provvedimenti al fine di agevolare un determinato soggetto	Il Servizio è certificato Iso 9001 da Bureau Veritas, pertanto è soggetto a verifiche annuali sull'applicazione di Procedure Operative. Inoltre vengono eseguiti Audit interni e formazione continua del personale con incontri specifici e riunioni di Servizio.	Esame collegiale delle pratiche Tracciabilità	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
<b>AREA DI RISCHIO D - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO</b>	P33 Stipula e Gestione Convenzioni e Contratti con soggetti pubblici e privati accreditati per prestazioni sanitarie		UFFICIO CONVENZIONI (AREA GESTIONE DEL PERSONALE) - U.O. SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI	B		Per le strutture private l'accREDITamento avviene presso la Regione e i contratti, compresi i tetti di spesa, gestiti dall'Ufficio Convenzioni, sono stabiliti di volta in volta con provvedimenti regionali.	Esame collegiale delle pratiche Tracciabilità	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito

	P34 Rilascio autorizzazione al funzionamento strutture sanitarie per la salute mentale e per le dipendenze patologiche		SISP - SIM			Norme di legge - Misure obbligatorie	Esame collegiale delle pratiche - Tracciabilità		Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
	P35 Rilascio autorizzazioni per trasporto infermi		SISP Servizio Igiene Alimenti Nitrizione (DIP. PREVENZ.)	B	Indebito rilascio di autorizzazioni per trasporto infermi	Norme di legge - Misure obbligatorie	Controlli a campione		Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
<b>AREA DI RISCHIO D - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO</b>	P36 Inserimenti in Strutture socio sanitarie autorizzate		Dipartimento Salute Mentale		Ricoveri non appropriati - Durata dei ricoveri non in linea con i Regolamenti Regionali.	Regolamenti Regionali n. 4/2007 e n.8 /2011 sulle strutture sanitarie e socio sanitarie. Controllo di gestione attraverso la scheda di budget.	Monitoraggio mensile degli inserimenti.		Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	2 mesi
	P37 Inserimenti in Strutture Socio Sanitarie pubbliche o private accreditate		Dipartimento Salute Mentale	M	Favoritismi nell'inserimento in strutture socio sanitarie pubbliche e private nei confronti di particolari soggetti		Monitoraggio mensile delle procedure di inserimento		Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
	P38 Autorizzazioni incarichi ex art. 53 D. Lgs. 165/2001		Direttori Strutture di appartenenza	M	1) Abuso nell'adozione di provvedimenti di autorizzazione di incarichi ex art. 53 del D. Lgs. 165/2001 al fine di favorire determinati soggetti.	Norme di legge - Misure obbligatorie	Report semestrali sugli incarichi autorizzati al RPC		Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della	da subito
			Medici prescrittori		prescrizioni di farmaci a nome di un assistito esente dal ticket in realtà per il consumo di altri familiari	Norme di legge - Misure obbligatorie			Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito

				M	2) Esercizio non autorizzato di attività extraistituzionale o in violazione dei limiti e delle modalità prestabilite.	Norme di legge - Misure obbligatorie			Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
P39	Provvedimenti di tipo autorizzatorio		Varie UU.OO.	M	1) Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di agevolare particolari soggetti. 2) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, in casi di preminente funzioni di controllo dell'ufficio, al fine di agevolare determinati soggetti.	Norme di legge - Misure obbligatorie	Informatizzazione completa dei processi e del monitoraggio .	Dirigenti delle varie UU.OO.	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
P40	Controlli ufficiali previsti dai Regg. CE 882/04 e 85404;	Monitoraggio; Sorveglianza; Verifica; Ispezione; Campionamento; AUDIT; Verbali di sopralluogo; Certificazioni; Prescrizioni impositive; Sanzioni notizia di reato.	Servizio Veterinario Igiene degli Alimenti di origine animale	M	Inadeguatezza di controlli	Procedure di verifica dell'efficacia in tempo reale. Procedure di verifica dell'efficacia a posteriori.				

**AREA DI RISCHIO E: PROEVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO**

	PROCESSI	ATTIVITA'	SOGGETTI - UNITA' OPERATIVE coinvolti	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO Basso (B) Medio (M) Alto (A)	RISCHI SPECIFICI	MISURE ULTERIORI ESISTENTI (Oltre alle misure obbligatorie riportate nel Piano)	MISURE ULTERIORI PROPOSTE	RESPONSABILI	MODALITA' DI VERIFICA ATTUAZIONE	TEMPI
<b>AREA DI RISCHIO E: PROEVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO</b>	P41	Verifica requisiti di esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria per motivi di reddito	Distretti	M	Indebito riconoscimento dell'esenzione dal pagamento del ticket per motivi di reddito a causa di autocertificazione non veritiera	Norme di legge- Controllo del MEF delle esenzioni per reddito rilasciate a seguito di autocertificazione.	Controlli esterni della Finanza attraverso l'incrocio dati con banche dati del MEF -	Direttori Distretti	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	
	P42	Permessi e aspettative retribuite ex lege 104/92	Area Gest. Personale - Tutti i dipendenti	A	1) Abuso nella concessione dei benefici ex lege 104/92 in assenza dei presupposti al fine di procurare un indebito vantaggio a determinati soggetti.	Norme di legge e C.C.N.L. Verifica, controllo e validazione INPS. - Controlli dell'Area Gestione del Personale		Direttore Area gestione Personale	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	
			Area Gest. Personale - Tutti i dipendenti	M	2) Mancato controllo periodico permanenza dei requisiti					
	P43	Utilizzo dei beni e risorse aziendali / Richieste rimborsi spese	Uso di locali, veicoli, attrezzature di lavoro, DPI per lo svolgimento di compiti istituzionali.	Dirigenti medici e Tecnici per tutti, coadiutore amministrativo per locali e attrezzature di lavoro.	M	Danneggiamento, sottrazione, uso improprio dei beni e delle risorse aziendali, della carta carburante, produzione di istanze per rimborsi non dovuti.	Assegnazione all'uso di locali per gruppi omogenei, veicoli con registro di presa in carico e consegna e compilazione fogli di marcia, attrezzature di lavoro e DPI ad personam.	Sorveglianza dei veicoli nelle sedi ove è presente vigilanza armata, verifica dei fogli di marcia e dell'uso della carta carburante da parte dell'area gestione tecnica. Verifica della legittimità e congruità del rimborso da parte del Direttore U.O.C. e della segreteria del Dipartimento.	Direttore Struttura	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC

**AREA DI RISCHIO F: GESTIONE DELLE ENTRATE DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO**

AREA DI RISCHIO F: GESTIONE DELLE ENTRATE DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO	PROCESSI	ATTIVITA'	SOGGETTI - UNITA' OPERATIVE coinvolti	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO Basso (B) Medio (M) Alto (A)	RISCHI SPECIFICI	MISURE ULTERIORI ESISTENTI (Oltre alle misure obbligatorie trasversali riportate nel Piano)	MISURE ULTERIORI PROPOSTE	RESPONSABILI	MODALITA' DI VERIFICA ATTUAZIONE	TEMPI
	P44 Liquidazioni		Tutte le strutture con capacità di spesa		1) Mancato controllo dell'espletamento/corretto espletamento della prestazione o della fornitura - 2) Liquidazione superiore all'importo dovuto - 3) liquidazione di prestazione già pagata	Norme di legge e contabili Programma ordini e liquidazioni (SEPI)	Controllo a campione sulla corrispondenza degli ordini alle prestazioni effettivamente realizzate dall'Azienda	Direttori delle Strutture interessate	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
	P45 Emissione mandati		Area Gestione Risorse Economiche e Finanziarie (AGREF)		Attribuzione di vantaggi economici non dovute a soggetti privati non creditori o pagamento di importo superiore	Procedura degli ordini informatizzata nel rispetto del D.F. 2015 - Norme di legge e contabili	Controllo a campione sulla corrispondenza degli ordini alle prestazioni effettivamente realizzate dall'Azienda	Direttore AGREF	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
	P46 Emissione fatture attive	Quantificazione somme da addebitare al cliente.	Area Gestione Risorse Economico Finanziario (AGREF) Varie strutture	M	Emissione fatture di importo inferiore al dovuto	Riscontro sistematico delle scritture contabili con i relativi provvedimenti amministrativi	Implementazione procedura standardizzata incassi	Direttore AGREF	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
		Emissione del documento fiscale	Area Gestione Risorse Economico Finanziario (AGREF)	B	Emissione fatture di importo inferiore al dovuto	Procedura informatizzata	Implementazione procedura standardizzata incassi	Direttore AGREF	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
	P47 Emissione reversali	Incasso nel conto di Tesoreria delle somme a credito	Area Gestione Risorse Economico Finanziario (AGREF)	B	Mancato /ritardo nell'incasso di crediti datati allo scopo di favorire lo scadere dei termini di prescrizione per beneficiare determinati soggetti		Definizione e implementazione procedura recupero crediti		Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
<b>AREA DI RISCHIO F: GESTIONE DELLE ENTRATE DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO</b>	P48 Incasso ticket		CUP presso Ospedali, Distretti, Dipartimenti	M	Appropriazione indebita degli importi pagati	Pagamento online - Presenza del POS nelle strutture in cui la quantità dei pagamenti rende conveniente l'uso in rapporto ai costi di gestione	Revisione delle strutture dotate di POS per i pagamenti. Adozione di cartellonistica presso gli sportelli rivolta agli utenti sulla richiesta di ricevuta.		Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	1 anno
	P49 Anagrafica Creditori			B					Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito

	P50 Anagrafica soggetti pagamenti in entrata		Area Gestione Risorse Economico Finanziario - Tutte le strutture con gestione delle entrate	B					Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
	P51 Stipula contratti di locazione		Area Patrimonio	M	Individuazione del bene immobile e/o definizione delle condizioni di acquisto o locazione in base a criteri finalizzati a far prevalere l'interesse della controparte privata rispetto all'interesse dell'amministrazione	Codice Civile artt. 1571 - 1627 - Legge n. 392 del 27/07/1978 - Legge n. 431 del 09/12/1998 - Regio Decreto n. 2440 del 18/11/1923. 5) Regio Decreto n. 827 del 23/05/1924.			Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito

**AREA DI RISCHIO G : CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI**

<b>AREA DI RISCHIO G : CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI</b>	<b>PROCESSI</b>	<b>ATTIVITA'</b>	<b>SOGGETTI - UNITA' OPERATIVE coinvolti</b>	<b>VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO Basso (B) Medio (M) Alto (A)</b>	<b>RISCHI SPECIFICI</b>	<b>MISURE ULTERIORI ESISTENTI (Oltre alle misure obbligatorie trasversali riportate nel Piano)</b>	<b>MISURE ULTERIORI PROPOSTE</b>	<b>RESPONSABILI</b>	<b>MODALITA' DI VERIFICA ATTUAZIONE</b>	<b>TEMPI</b>
	P52 Sorveglianza sulle Strutture socioassistenziali e sanitarie	Monitoraggio della spesa e controllo dei flussi informativi per l'inserimento in Struttura dei Distretti	U.O. Servizi Sociali	M	Omissione di controllo	Norme di legge - Misure obbligatorie		Dirigente Servizi Sociali	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	
	P53 Sorveglianza sulle farmacie e parafarmacie		U.O. Farmaceutico Territoriale	M	Avvertire il destinatario dell'ispezione	Svolgimento e verbalizzazione della sorveglianza da parte di una Commissione. Segretezza del cronoprogramma della sorveglianza ordinaria. Ispezioni straordinarie svolte anche con la presenza di operatori del NAS.		Direttore Farmaceutico Ospedaliero	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	
	P54 Campionamento di alimenti, negli esercizi commerciali e produttivi, con rilievo di matrici alimentari.	Gli alimenti vengono consegnati al laboratorio IZS (laboratorio pubblico) per l'analisi e successiva valutazione dell'idoneità dell'alimento in relazione ai parametri ricercati	Dipartimento di Prevenzione (SIAN)	M	Azioni od omissioni volte a consentire al destinatario di sottrarsi ai controlli e alle loro conseguenze (es. preavvertire il destinatario - falsificare l'esito dei controlli - sottrarre o alterare i prelievi destinati alle analisi di laboratorio o i relativi esiti, ecc.)	Corso di formazione per uniformare ed aggiornare le procedure; realizzazione di istruzioni operative condivise e verifica del loro rispetto durante riunioni di servizio. Audit interni di alcune attività svolte con controlli a random. Verifica da parte del laboratorio d'analisi, della correttezza delle procedure di prelievo		Direttore Dipartimento Prevenzione - Dirigente Servizio	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	

**AREA DI RISCHIO G : CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI**  
**AREA DI RISCHIO G: CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI**

<p>P55 Attività ispettiva per la verifica delle norme di sicurezza e salute sul lavoro.</p>	<p>Le ispezioni sono pianificate o avvengono su segnalazione. Quelle pianificate sono organizzate per comparti produttivi e in genere prima dell'intervento ispettivo viene prodotto e distribuito dalle aziende del materiale divulgativo</p>	<p>Dipartimento di Prevenzione - SPeSAL</p>	<p>M</p>	<p>Azioni od omissioni volte a consentire al destinatario di sottrarsi ai controlli e alle loro conseguenze (es. preavvertire il destinatario - falsificare l'esito dei controlli - sottrarre o alterare i prelievi destinati alle analisi di laboratorio o i relativi esiti, ecc.)</p>	<p>Il Servizio segue le indicazioni stabilite a suo tempo per la certificazione in qualità compresa la registrazione dell'attività svolta che viene verificata a livello regionale. Produciamo manuali di comparti diffusi dapprima alle parti sociali e alle aziende come patto comune. Abbiamo un accordo informale con la Procura sulla possibilità di non sanzionare le infrazioni "parziali" alle norme ma anche questi aspetti vengono registrati</p>		<p>Direttore Dipartimento Prevenzione - Dirigente Servizio</p>	<p>Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC</p>	
<p>P56 Attività di indagine per infortuni e per malattie professionali</p>	<p>Sono indagini che vengono svolte dall'ufficio quando si tratta di lesioni personali gravi o gravissime. Dopo le indagini, che prevedono un sopralluogo in azienda e la raccolta di prove e documentazione e viene inviata in Procura.</p>	<p>Dipartimento di Prevenzione - SPeSAL</p>	<p>M</p>	<p>Azioni od omissioni volte a consentire al destinatario di sottrarsi ai controlli e alle loro conseguenze (es. preavvertire il destinatario - falsificare l'esito dei controlli - sottrarre o alterare i prelievi destinati alle analisi di laboratorio o i relativi esiti, ecc.)</p>	<p>Seguiamo le indicazioni stabilite a suo tempo per la certificazione in qualità. Abbiamo un protocollo regionale sia per la procedura che per la parte tecnica( in fieri per le malattie professionali). Ogni inchiesta viene eseguita dal coordinatore dell'area tecnica e valutata dal direttore prima dell'invio del rapporto in Procura. I tecnici in genere escono in "coppie variabili" e condividono le scelte.</p>		<p>Direttore Dipartimento Prevenzione - Dirigente Servizio</p>	<p>Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC</p>	
<p>P57 Vigilanza e controlli sanitari negli allevamenti, campionamenti per il piano di controllo e sorveglianza malattie infettive degli animali. Applicazione normative per gestione focolai malattie infettive, gestione degli indennizzi capi abbattuti.</p>		<p>Dipartimento di Prevenzione</p>	<p>M</p>	<p>Azioni od omissioni volte a consentire al destinatario di sottrarsi ai controlli e alle loro conseguenze (es. preavvertire il destinatario - falsificare l'esito dei controlli - sottrarre o alterare i prelievi destinati alle analisi di laboratorio o i relativi esiti, ecc.)</p>	<p>Il Servizio è certificato Iso 9001 da Bureau Veritas, pertanto è soggetto a verifiche annuali sull'applicazione di Procedure Operative. Inoltre vengono eseguiti Audit interni e formazione continua del personale con incontri specifici e riunioni di Servizio.</p>	<p>Svolgimento della vigilanza in compresenza tra due operatori abbinati secondo rotazione casuale, compatibilmente con le risorse di personale disponibili. 3) Firma congiunta dei verbali di vigilanza</p>	<p>Direttore Dipartimento Prevenzione - Dirigente Servizio</p>	<p>Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC</p>	

<b>AREA DI RISCHIO G : CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI</b>	P58 Ispezioni, verifiche, Audit (controllo ufficiale effettuato in stabilimenti con riconosciuti bollo CE)	L'attività riguarda strumenti diversi del controllo ufficiale e si rivolge agli operatori del settore alimentare che commercializza no i loro prodotti in ambito europeo e internazionale.( applic azione Reg. CE 882/2004)	Dipartimento di Prevenzione - SIAN	M	Azioni od omissioni volte a consentire al destinatario di sottrarsi ai controlli e alle loro conseguenze (es. preavvertire il destinatario - falsificare l'esito dei controlli - sottrarre o alterare i prelievi destinati alle analisi di laboratorio o i relativi esiti, ecc.)	Il Servizio è certificato Iso 9001 da Bureau Veritas, pertanto è soggetto a verifiche annuali sull'applicazione di Procedure Operative. Inoltre vengono eseguiti Audit interni e formazione continua del personale con incontri specifici e riunioni di Servizio.		Direttore Dipartimento Prevenzione - Dirigente Servizio	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	
	P59 Campionamenti	Attività che prevede per il prelievo di matrici alim. L'attività si rivolge a tutti gli operatori del settore alimentare e consiste in campionamento di matrici alimentari in ottemperanza al PRIC. PNR, RADIOATTIVITA'.	Dipartimento di Prevenzione - SIAN	M	Azioni od omissioni volte a consentire al destinatario di sottrarsi ai controlli e alle loro conseguenze (es. preavvertire il destinatario - falsificare l'esito dei controlli - sottrarre o alterare i prelievi destinati alle analisi di laboratorio o i relativi esiti, ecc.)	Il Servizio è certificato Iso 9001 da Bureau Veritas, pertanto è soggetto a verifiche annuali sull'applicazione di Procedure Operative. Inoltre vengono eseguiti Audit interni e formazione continua del personale con incontri specifici e riunioni di Servizio.		Direttore Dipartimento Prevenzione - Dirigente Servizio	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	
	P60 Attività condotte dal Servizio ispezioni, sequestri, violazioni sanitarie e campionamenti negli allevamenti e negli altri impianti controllati dal Servizio.		Dipartimento di Prevenzione	M	Azioni od omissioni volte a consentire al destinatario di sottrarsi ai controlli e alle loro conseguenze (es. preavvertire il destinatario - falsificare l'esito dei controlli - sottrarre o alterare i prelievi destinati alle analisi di laboratorio o i relativi esiti, ecc.)	Il Servizio è certificato Iso 9001 da Bureau Veritas, pertanto è soggetto a verifiche annuali sull'applicazione di Procedure Operative. Inoltre vengono eseguiti Audit interni e formazione continua del personale con incontri specifici e riunioni di Servizio.		Direttore Dipartimento Prevenzione - Dirigente Servizio	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	
	P61 Sanzioni per infrazioni alle leggi per le quali il Servizio è competente.		Dipartimento di Prevenzione	M	Azioni od omissioni volte a consentire al destinatario di sottrarsi ai controlli e alle loro conseguenze (es. preavvertire il destinatario - falsificare l'esito dei controlli - sottrarre o alterare i prelievi destinati alle analisi di laboratorio o i relativi esiti, ecc.)	Il Servizio è certificato Iso 9001 da Bureau Veritas, pertanto è soggetto a verifiche annuali sull'applicazione di Procedure Operative. Inoltre vengono eseguiti Audit interni e formazione continua del personale con incontri specifici e riunioni di Servizio.		Direttore Dipartimento Prevenzione - Dirigente Servizio	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	
	P62 Accertamento sugli infortuni lavorativi		Dipartimento di Prevenzione SPESAL	M	Azioni od omissioni volte a consentire al destinatario di sottrarsi ai controlli e alle loro conseguenze (es. preavvertire il destinatario - falsificare l'esito dei controlli - sottrarre o alterare i prelievi destinati alle analisi di laboratorio o i relativi esiti, ecc.)	Norme di legge - Misure obbligatorie		Direttore Dipartimento Prevenzione - Dirigente Servizio	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	
	P63 Indagini sulle malattie professionali		Dipartimento di Prevenzione	M	Azioni od omissioni volte a beneficiare indebitamente il destinatario	Norme di Legge - Misure obbligatorie		Direttore Dipartimento Prevenzione - Dirigente Servizio	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	

P64 Monitoraggio costi del personale nel segmento procedurale di competenza	Area Gestione del Personale/U.O. Trattamento Economico, Giuridico e Previdenziale	Omissioni di prescrizioni finalizzate a disparità di trattamento	M	Azioni od omissioni volte a beneficiare indebitamente il destinatario	Norme di Legge - Misure obbligatorie		Direttore AGP	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC
---	---	--	---	---	--------------------------------------	--	---------------	--

**AREA DI RISCHIO H: ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE DI ATTESA**

PROCESSI	ATTIVITA'	SOGGETTI - UNITA' OPERATIVE coinvolti	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO Basso (B) Medio (M) Alto (A)	RISCHI SPECIFICI	MISURE ULTERIORI ESISTENTI (Oltre alle misure obbligatorie trasversali riportate nel Piano)	MISURE ULTERIORI PROPOSTE	RESPONSABILI	MODALITA' DI VERIFICA ATTUAZIONE	TEMPI
AREA DI RISCHIO H: ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE DI ATTESA.	P65 Prenotazione di prestazioni e servizi sanitari in regime istituzionale	UFFICIO CUP AZIENDALE (Staff Direzione Generale)	M	Chiusura delle agende di prenotazione dei singoli medici specialisti erogatori e/o delle unità operative Ospedaliere per scadenza dell'Agenda o per mancanza di posti.	Controllo da parte dell'Ufficio sulle agende e segnalazione ai direttori di struttura della chiusura - Settimane indice della Regione con controllo incrociato tra prenotazioni ALPI e Prenotazioni istituzionali	Entrata in funzione del sistema Exprivia che possa assicurare il controllo dei singoli operatori (verifica delle possibilità del sistema)	Direttori delle strutture	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	
		UFFICIO CUP AZIENDALE (Staff Direzione Generale)	M	Mancanza nelle Agende di posti disponibili per i codici priorità previsti dalla normativa nazionale e regionale. Non rispetto normativa regionale sulle priorità.	Controllo dell'Ufficio e comunicazione dei dati ai direttori per chiedere aumento delle prestazioni. Report regionale semestrale delle percentuali di fabbisogno dei codici priorità soddisfatti. Trasmissione note di sollecito ai medici.	Individuazione di un sistema per identificare le prestazioni in sofferenza	Dirigente Ufficio CUP	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	
	P65 Prenotazione di prestazioni e servizi sanitari in regime di libera professione intramoenia	Ufficio ALPI - U.O. Affari Generali	M	Induzione da parte dei singoli medici a rivolgersi ai professionisti esercenti l'attività libero professionale in intramoenia .	Norme di legge nazionali e regionali. - Attività di verifica da parte della Commissione di vigilanza e verifica ALPI" del rispetto dell'equilibrio tra attività libero - professionale e attività istituzionale. - Verifiche operate dai Direttori delle macrostrutture alle quali appartengono i dirigenti medici. - Tracciabilità dei pagamenti mediante installazione di POS presso gli studi privati. Regolamento aziendale. - Gestione informatizzata delle prenotazioni. - Regolamento aziendale - Contratti CCNLL.		Dirigente Ufficio ALPI - U.O. Affari Generali.	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	
	P66 Gestione liste di attesa ricoveri programmati presso Presidi Ospedalieri	Direttori P.O.	M	Mancato rispetto della programmazione e delle liste prenotazioni.	Protocolli aziendali e normativa in materia.			Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	

<b>AREA DI RISCHIO H: ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE DI ATTESA.</b>	P67 Autorizzazione attività <i>intramoenia</i> .		Direzione generale e Ufficio ALPI	A	Difficoltà di controllo in relazione alle attività professionali autorizzate in studio privato. Mancato equilibrio fra attività istituzionale e attività libero professionale.	Norme di legge nazionali e regionali. - Attività di verifica da parte della Commissione di vigilanza e verifica ALPI" del rispetto dell'equilibrio tra attività libero - professionale e attività istituzionale. - Verifiche operate dai Direttori delle macrostrutture alle quali appartengono i dirigenti medici. - Tracciabilità dei pagamenti mediante installazione di POS presso gli studi privati. Regolamento aziendale. - Gestione informatizzata delle prenotazioni. - Regolamento aziendale - Contratti CCNLL.	Report semestrale dell'Ufficio Controllo di Gestione con i dati relativi al numero di prestazioni eseguite nel normale orario di servizio e numero di prestazioni ALPI all'Ufficio competente.	Dirigente U.O. Affari Generali. Ufficio Controllo di Gestione.	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	
	P68 Svolgimento attività <i>intramoenia</i> ed <i>extramoenia</i>		Tutti i professionisti	A	Svolgimento dell'attività in violazione delle norme contrattuali e legislative. Mancanza di rispetto dell' orario di lavoro istituzionale, attività professionale in spazi non autorizzati, mancato utilizzo del programma informatico aziendale per la prenotazione e la fatturazione.		Report semestrale dell'Ufficio Controllo di Gestione con i dati relativi al numero di prestazioni eseguite nel normale orario di servizio e numero di prestazioni ALPI all'Ufficio competente.			
	P69 Gestione e liquidazione attività <i>intramoenia</i>		Direttori Dipartimenti, Distretti, P.O.	B	Errata applicazione dei criteri di ripartizione della tariffa previsti nel Regolamento aziendale.	Regolamento aziendale e Accordi integrativi aziendali specifici per l'attività libero professionale				

**AREA DI RISCHIO I: RAPPORTI CONTRATTUALI CON PRIVATI ACCREDITATI**

	PROCESSI	ATTIVITA'	SOGGETTI - UNITA' OPERATIVE coinvolti	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO Basso (B) Medio (M) Alto (A)	RISCHI SPECIFICI	MISURE ULTERIORI ESISTENTI (Oltre alle misure obbligatorie trasversali riportate nel Piano)	MISURE ULTERIORI PROPOSTE	RESPONSABILI	MODALITA' DI VERIFICA ATTUAZIONE	TEMPI
<b>RAPPORTI CONTRATTUALI CON PRIVATI ACCREDITATI</b>	P70 Liquidazione fatture per le rette ricoveri strutture socio sanitarie residenziali e semiresidenziali	Verifica delle liste dei ricoverati in relazione alle fatture emesse dalla Struttura di ricovero	U.O.C. Servizi Socio Sanitari	M	Mancato controllo della corrispondenza tra fatturato e numero effettivo di ricoveri	artt. 57 - 58 - 60 - 66 del Regolamento Regione Puglia n. 4 del 18/01/2007 e ss.mm. e ii. - Verifica delle liste dei ricoveri in relazione alle fatture da liquidare -	Utilizzazione del sistema EDOTTO - Implementazione dati dei costi fatturati e liquidati alle strutture ai fini della verifica dei budget assegnati ai distretti - Controllo periodico decessi	Direttore U.O.C. Servizi Socio Sanitari	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	1 anno
	P71 Accordi Ambiti di zona - Definizione e attuazione programmi per i servizi socio - sanitari dei 4 ambiti territoriali		U.O.C. Servizi Socio Sanitari	B	Mancata corretta applicazione degli accordi	Norme di legge - Misure obbligatorie.		Direttore U.O.C. Servizi Socio Sanitari	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	

**AREA DI RISCHIO L : FARMACEUTICA, DISPOSITIVI ED ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI, RAPPORTI CON LE CASE FARMACEUTICHE.**

	PROCESSI	ATTIVITA'	SOGGETTI - UNITA' OPERATIVE coinvolti	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO Basso (B) Medio (M) Alto (A)	RISCHI SPECIFICI	MISURE ULTERIORI ESISTENTI (Oltre alle misure obbligatorie riportate nel Piano)	MISURE ULTERIORI PROPOSTE	RESPONSABILI	MODALITA' DI VERIFICA ATTUAZIONE	TEMPI
<b>AREA DI RISCHIO L : FARMACEUTICA, DISPOSITIVI ED ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI, RAPPORTI CON LE CASE FARMACEUTICHE.</b>	P72 Sorveglianza sulle farmacie e sulle parafarmacie		Area Farmaceutica Territoriale	M	Azioni od omissioni volte a consentire al destinatario di sottrarsi ai controlli e alle loro conseguenze (es. preavvertire il destinatario - falsificare l'esito dei controlli ecc.)	Commissione ispettiva di vigilanza sulle farmacie normativa regionale L.R. n.36/84 - Commissione ispettiva di vigilanza sulle parafarmacie		Dirigente Area Farmaceutica territoriale	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	
	P73 Sperimentazioni	Regolamentazione aziendale di contributi, da parte di Aziende private, per sperimentazioni cliniche.	Presidi ospedalieri e altre U.O.	M	Favorire l'interesse dello sperimentatore o di altri soggetti al fine di ottenere benefici economici	Regolamento Comitato Etico	Revisione del Regolamento con la previsione di protocolli con modalità di monitoraggio delle varie attività.	Direttori Presidi e altre UU.OO. Interessate.	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	1 anno
	P74 Sponsorizzazioni di attività non formative		Direttori varie Strutture	M	Interesse dello sponsor privato alla diffusione condizionata dei propri prodotti nel sistema pubblico	Regole per la sperimentazione contenute nel Regolamento aziendale per il Comitato Etico	Revisione del Regolamento o Adozione di Regolamento per le sponsorizzazioni.	Direttori Presidi e altre UU.OO. Interessate.	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	1 anno
	P75 Prescrizione farmaci		Medici prescrittori	M	Abuso della propria autonomia professionale nella prescrizione di farmaci al fine di favorire la diffusione di un determinato farmaco oppure al fine di frodare il Servizio Sanitario	Controllo del Servizio Farmaceutico Territoriale e Distretti attraverso l'Unità Distrettuale Medicina Generale ( UDMG ). Monitoraggio regionale delle prescrizioni. Trasmissioni mensile al Ministero delle Finanze del flusso delle ricette spedite.			Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	
	P76 Controllo sulla prescrizione dei farmaci		Distretti	M	Omissione delle attività di controllo al fine di procurare per sé o per altri indebiti vantaggi	Legge 8 agosto 1996 n. 425. Monitoraggio regionale. Trasmissioni mensile al Ministero delle Finanze del flusso delle ricette spedite.	Implementazione controlli a campione. Adozione dichiarazione di ANAC - AGENAS per i professionisti-	Direttori distretti.	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
	P77 Presentazione studio clinico			M	Vantaggio personale diretto o indiretto per favorire qualche Azienda		Adozione Modello ANAC e AGENAS della dichiarazione pubblica di interessi per i componenti del comitato etico	Ricercatore	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
	P78 Istruttoria da parte della			B	Istruttoria non approfondita al fine di favorire uno studio		Adozione Modello AGENAS della dichiarazione pubblica di interessi per i componenti del comitato etico	Presidente e Segreteria del Comitato Etico	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito

<b>AREA DI RISCHIO L : FARMACEUTICA, DISPOSITIVI ED ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI, RAPPORTI CON LE CASE FARMACEUTICHE.</b>	segreteria del Comitato Etico				agevolare l'iter amministrativo dello studio rispetto ad altri studi		Adozione Modello AGENAS della dichiarazione pubblica di interessi per i componenti del comitato etico	Segreteria del Comitato Etico	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
	P79 valutazione della documentazione da parte del Comitato Etico			B	conflitto di interessi da parte di membri del comitato etico		Adozione Modello AGENAS della dichiarazione pubblica di interessi per i componenti del comitato etico	Membri del comitato etico	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
	P80 Stesura del contratto			M	conflitto di interesse da parte del ricercatore o dello sponsor	Valutazione del contratto e delle dichiarazioni di conflitto interesse del ricercatore e dello Sponsor da parte del C.E.	Adozione Modello AGENAS della dichiarazione pubblica di interessi per i componenti del comitato etico	Direttori strutture in cui si tiene la sperimentazione	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito

**AREA DI RISCHIO M : ATTIVITA' CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO**

	PROCESSI	ATTIVITA'	SOGGETTI - UNITA' OPERATIVE coinvolti		RISCHI SPECIFICI	MISURE ULTERIORI ESISTENTI (Oltre alle misure obbligatorie trasversali riportate nel Piano)	MISURE ULTERIORI PROPOSTE	RESPONSABILI	MODALITA' DI VERIFICA ATTUAZIONE	TEMPI
<b>AREA DI RISCHIO M: ATTIVITA' CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO</b>	P81 Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero		Tutti i reparti con degenze e camera mortuaria	A	Comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri previo accordo di compenso illegittimo	Revisione regolamento aziendale in materia. Aggiornamento del Codice di comportamento con inclusione di prescrizioni specifiche.	Revisione regolamento aziendale con indicazione delle relative sanzioni - Campagna preventiva rivolta ai dipendenti per diffidare dal commettere reati previsti dal Codice Penale o trasgressioni al Codice di Comportamento aziendale. Diffusione mediante affissione, o altra modalità, dell'elenco delle Imprese funebri aventi i requisiti rispondenti al Regolamento Regionale in materia di Polizia Mortuaria.	RESPONSABILE UPD - DIREZIONE SANITARIA	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	entro 6 mesi
			Tutti i reparti con degenze e camera mortuaria	A	Segnalazione ai parenti da parte di dipendenti di qualunque categoria appartenenti ai reparti e/o alla camera mortuaria di una specifica impresa in cambio di qualche utilità economica	Regolamento aziendale. Codice di comportamento.	Revisione regolamento aziendale con indicazione delle relative sanzioni - Campagna preventiva rivolta ai dipendenti per diffidare dal commettere reati previsti dal Codice Penale o trasgressioni al Codice di Comportamento aziendale. Diffusione mediante affissione, o altra modalità, dell'elenco delle Imprese funebri aventi i requisiti rispondenti al Regolamento Regionale in materia di Polizia Mortuaria.	RESPONSABILE UPD - DIREZIONE SANITARIA	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	entro 6 mesi

			Tutti i reparti con degenze e camera mortuaria	M	Richiesta/accettazione illegittima di compensi, regali o altre utilità in relazione all'espletamento delle funzioni o dei compiti di competenza.	Regolamento aziendale. Codice di comportamento.	Revisione regolamento aziendale con indicazione delle relative sanzioni - Campagna preventiva rivolta ai dipendenti per diffidare dal commettere reati previsti dal Codice Penale o trasgressioni al Codice di Comportamento aziendale. Diffusione mediante affissione, o altra modalità, dell'elenco delle Imprese funebri aventi i requisiti rispondenti al Regolamento Regionale in materia di Polizia Mortuaria.	RESPONSABILE UPD - DIREZIONE SANITARIA	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	entro 6 mesi
--	--	--	--	---	--	---	--	--	--	--------------

**AREA DI RISCHIO N : ATTIVITA' LEGALI E PROCEDIMENTI SANZIONATORI**

	PROCESSI	ATTIVITA'	SOGGETTI - UNITA' OPERATIVE coinvolti		RISCHI SPECIFICI	MISURE ULTERIORI ESISTENTI (Oltre alle misure obbligatorie trasversali riportate nel Piano)	MISURE ULTERIORI PROPOSTE	RESPONSABILI	MODALITA' DI VERIFICA ATTUAZIONE	TEMPI
<b>AREA DI RISCHIO N : ATTIVITA' LEGALI E PROCEDIMENTI SANZIONATORI</b>	P82 Conferimento incarichi professionali esterni		SBL	B	Mancato rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità nella inclusione dei professionisti nell'Albo al fine di penalizzare un determinato soggetto - Mancato rispetto della motivazione e del criterio di rotazione tra i professionisti inclusi nell'Albo al fine di agevolare un determinato soggetto	Regolamento e Albo aziendale dei professionisti - Trasmissione PERLA P.A. incarichi - Pubblicazione sul sito aziendale nel rispetto delle norme sulla Trasparenza		Direttore SBL	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
	P83 Transazioni		Direzione strategica Struttura Burocratico Legale	B	Transazioni non convenienti per l'Azienda al fine di agevolare soggetti particolari. Pareri legali volti ad agevolare la controparte in merito alla previsione degli esiti del contenzioso.	Norme di legge - Misure obbligatorie esistenti. Condivisione con la Direzione strategica.	Condivisione delle transazioni con la Direzione strategica come regola generale.	Direttore SBL	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
	P84 Procedimenti disciplinari e sanzionatori nei confronti del personale dipendente e convenzionato		Ufficio Procedimenti Disciplinari e Dirigenti varie Unità operative	M	Inosservanza delle norme, abusi, ritardi, irregolarità al fine di favorire / danneggiare determinati soggetti.	Norme di legge - Misure obbligatorie esistenti.	Report semestrale al RPC con scadenza 30 aprile e 31 ottobre dei procedimenti disciplinari , dei relativi ricorsi giurisdizionali proposti e delle sentenze emesse.	Dirigente UPD	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
	P85 Recupero crediti		Struttura Burocratico Legale	M	Inosservanza delle norme, abusi, ritardi, irregolarità al fine di favorire determinati soggetti.	Norme di legge - Misure obbligatorie esistenti.	Trasmissione delle note della corte dei Conti al RPC	Direttore SBL	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
	P86 Gestione risarcimento danni		Struttura Burocratico Legale -	M	Inosservanza delle norme, abusi, ritardi, irregolarità al fine di favorire determinati soggetti.	Norme di legge - Misure obbligatorie esistenti.	Report semestrale al RPC con scadenza 30 aprile e 31 ottobre sui risarcimenti stabiliti da sentenze	Direttore SBL - Direttore Gestione Personale e di ogni altra struttura coinvolta	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito
<b>AREA DI RISCHIO H: ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE DI ATTESA.</b>	P87 Perizie in ambito assicurativo risarcitorio		Struttura Burocratico Legale - Settore Assicurativo	M	Inosservanza delle norme, abusi, ritardi, irregolarità al fine di favorire / danneggiare determinati soggetti.	Norme di legge - Misure obbligatorie esistenti.	Trasmissione elenco dei periti utilizzati interni ed esterni all'Azienda	Direttore SBL	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	da subito

**AREA DI RISCHIO O: GESTIONE DEL BLOCCO OPERATORIO**

	PROCESSI	ATTIVITA'	SOGGETTI - UNITA' OPERATIVE coinvolti		RISCHI SPECIFICI - INDICATORI	MISURE DI CONTRASTO ESISTENTI	MISURE ULTERIORI	RESPONSABILI	MODALITA' DI VERIFICA ATTUAZIONE	TEMPI
<b>AREA DI RISCHIO O : GESTIONE DEL BLOCCO OPERATORIO</b>	P88 Gestione dell'attività operatoria.	Programmazione e degli interventi	Unità Blocco Operatorio	A	Inserimento di interventi fuori programmazione privi dei requisiti oggettivi di urgenza in base alla tipologia.	Normativa , protocolli e regolamenti - Misure obbligatorie - Applicazione contratti di categoria	Adozione di un Piano di lavoro delle attività relative all'organizzazione, al ruolo e relative funzioni del personale operante all'interno delle sale operatorie. Controllo a campione dell'applicazione della normativa e del regolamento e sulle attività non inserite nella programmazione (urgenze )	Direttori Strutture	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	entro 6 mesi
		Attribuzione del personale alle singole sale operatorie e turnazione.	Unità Blocco Operatorio	A	Rischio di non corretta applicazione della procedura di preparazione delle sale operatorie	Normativa , protocolli e regolamenti - Misure obbligatorie - Applicazione contratti di categoria	Adozione di un Piano di lavoro delle attività relative all'organizzazione, al ruolo e relative funzioni del personale operante all'interno delle sale operatorie.	Direttori Strutture	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	entro 6 mesi
	P89 Gestione attività propedeutiche all'attività intraoperatoria			A	Non corretta applicazione della corretta procedura di preparazione delle sale operatorie	Normativa , protocolli e regolamenti - Misure obbligatorie - Applicazione contratti di categoria	Adozione di un Piano di lavoro delle attività relative all'organizzazione, al ruolo e relative funzioni del personale operante all'interno delle sale operatorie.	Direttori Strutture	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	entro 6 mesi

**AREA DI RISCHIO P: GESTIONE SMALTIMENTO RIFIUTI SPECIALI**

	PROCESSI	ATTIVITA'	SOGGETTI - UNITA' OPERATIVE coinvolti		RISCHI SPECIFICI - INDICATORI	MISURE DI CONTRASTO ESISTENTI	MISURE ULTERIORI	RESPONSABILI	MODALITA' DI VERIFICA ATTUAZIONE	TEMPI
<b>AREA DI RISCHIO P: GESTIONE SMALTIMENTO RIFIUTI SPECIALI</b>	P90 Gestione raccolta e smaltimento rifiuti speciali (SISTRI)	Raccolta differenziata e pesatura dei rifiuti speciali.	Varie Unità	A	Rischio di non differenziazione dei rifiuti speciali e non speciali. Mancata applicazione delle norme in materia.	Normativa , protocolli e regolamenti - Misure obbligatorie. Adozione misura di prevenzione prevista dal PTPC 2016 dell'adozione del REGOLAMENTO PER IL FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI CONTROLLO DELLA TRACCIABILITÀ DEI RIFIUTI (SISTRI) NELL'ASL DI BRINDISI approvato con Deliberazione D.G. n. 89 del 19/01/2017.	CENSIMENTO delle Strutture aziendali interessate e della corretta qualificazione con controlli a campione sul corretto funzionamento del sistema SISTRI	Direttori Strutture	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	entro 6 mesi
		Inserimento dei dati nel sistema SISTRI	Varie unità	A	Erroneo o mancato inserimento dei dati nel sistema SISTRI e quindi di mancanza di tracciabilità del ciclo dei rifiuti			Direttori Strutture	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	entro 6 mesi

**AREA DI RISCHIO Q: ASSISTENZA DISTRETTUALE**

	PROCESSI	ATTIVITA'	SOGGETTI - UNITA' OPERATIVE coinvolti		RISCHI SPECIFICI - INDICATORI	MISURE DI CONTRASTO ESISTENTI	MISURE ULTERIORI	RESPONSABILI	MODALITA' DI VERIFICA ATTUAZIONE	TEMPI
AREA DI RISCHIO Q: ASSISTENZA DISTRETTUALE	P91 Prescrizione presidi di assistenza protesica		DISTRETTO SS.1 DISTRETTO SS.2 - DISTRETTO S.S.3 DISTRETTO S.S.4		Abuso nella prescrizione di presidi di assistenza protesica a vantaggio di Ditte fornitrici e/ o determinati assistiti, per i Presidi forniti da unica Ditta individuata in base a gara e convenzione.	D.M. n.332/1999; Deliberazione D.G. n.1026 del 4.4.2008, istitutiva della Commissione Tecnica Ausili e Protesi preposta ad uniformare le procedure di prescrizione ed elaborare, eventualmente, Linee Guida per l'appropriatezza prescrittiva, Linee guida per prescrizione ed autorizzazione di presidi per incontinenza ed elaborazione di criteri per l'appropriatezza prescrittiva, relativamente ad altri presidi, da parte della Commissione Protesi ed Ausili. Acquisizione, relativamente alle protesi acustiche, da parte dell'Ufficio Protesi, di ricevuta attestante l'avvenuta visita specialistica del prescrittore proveniente dal CUP/Cassa Ticket.	<b>Procedure di prescrizione informatizzate. Elaborazione di Linee Guida per l'appropriatezza prescrittiva. Consultazione della Commissione Tecnica Protesi ed Ausili per i casi particolari o più complessi.</b>	DIRETTORI DISTRETTI	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza , del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	1 anno
	P92 Erogazione presidi di assistenza protesica		DISTRETTO SS.1 DISTRETTO SS.2 DISTRETTO S.S.3 DISTRETTO S.S.4		Abuso nell'adozione di provvedimenti a vantaggio delle Ditte fornitrici, per i presidi forniti da unica Ditta in base a gara e convenzione e/o determinati assistiti.	DM n. 332/1999 ; Deliberazione del Direttore Generale n. 1026 del 4.4.2008, istitutiva della Commissione Tecnica Ausili e Protesi preposta ad uniformare le procedure di prescrizione e autorizzazione ed eventuale elaborazione di Linee Guida per l'appropriatezza prescrittiva. Linee Guida per prescrizione ed autorizzazione di presidi per incontinenza ed elaborazione di criteri per appropriatezza prescrittiva ed autorizzazione di altri presidi, da parte della Commissione Protesi ed Ausili. Procedure informatizzate.Procedure informatizzate. Relativamente alle protesi acustiche, acquisizione da parte dell'Ufficio Protesi di ricevuta attestante l'avvenuta visita specialistica del prescrittore proveniente dal CUP/ Cassa Ticket. Consultazione della Commissione Ausili e Protesi per i casi particolari	<b>Elaborazione di Linee Guida per l'appropriatezza prescrittiva.</b>	DIRETTORI DISTRETTI DEI	Controllo ordinario da parte dei Dirigenti per le Aree di rispettiva competenza, del Collegio sindacale , del Collegio di Direzione, della Direzione Strategica e del RPC	Un anno

	<b>P94 Erogazione prestazioni di assistenza domiciliare e socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale.</b>		DISTRETTO SS.1 DISTRETTO SS.2 - DISTRETTO S.S.3 DISTRETTO S.S.4		Abuso nell'adozione di provvedimenti per favorire determinati assistiti/ soggetti esterni eroganti servizi e prestazioni.	L. n. 328/2000; L.R. n. 19/2006; R.R. n.4/2007; Regolamento Aziendale per l'accesso ai servizi sanitariterritoriali ed alla rete integrata dei servizi socio-sanitari adottato con Deliberazione n. 1551 del 27.8.2013. Procedure informatizzate.Procedure informatizzate.Incontri a scopo di verifica personale del Distretto coinvolto nei relativi processi con personale delle Strutture socio - sanitarie residenziali e semiresidenziali.	<b>Verifiche e valutazione periodiche nelle Strutture socio - sanitarie residenziali e semiresidenziali ed al domicilio dell'assistito.</b>	DIRETTORI DEI PRESIDI	Un anno	
--	--	--	--	--	---	---	---	-----------------------	---------	--

Allegato n. 2

Eventi rischiosi e relative misure di prevenzione - Norme del d.l. n. 77 del 2021 conv. in l. n. 108/2021 relative ai contratti pubblici finanziati in tutto o in parte con le risorse del PNRR

Norme del d.l. n. 77 del 2021 conv. in l. n. 108/2021 relative ai contratti pubblici finanziati in tutto o in parte con le risorse del PNRR		
Norma	Possibili eventi rischiosi	Misure
<p><b>Art. 48 co. 3, d.l. n. 77/2021</b></p> <p>Per la realizzazione degli investimenti di cui al comma 1 le stazioni appaltanti possono altresì ricorrere alla procedura negoziata senza pubblicazione di un bando di gara di cui all'articolo 63 del decreto legislativo n. 50 del 2016, per i settori ordinari, e di cui all'articolo 125 del medesimo decreto legislativo, per i settori speciali, qualora sussistano i relativi presupposti.</p>	<p>Possibile abuso del ricorso alla procedura negoziata di cui agli artt. 63 e 125 del d.lgs. n. 50/2016 in assenza delle condizioni ivi previste, con particolare riferimento alle condizioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, e all'assenza di concorrenza per motivi tecnici.</p>	<p>Chiara e puntuale esplicitazione nella determina a contrarre o atto equivalente delle motivazioni che hanno indotto la S.A. a ricorrere alla procedura negoziata senza bando. Nel caso di ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, per cui i termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie non possono essere rispettati, il richiamo alle condizioni di urgenza non deve essere generico ma supportato da un'analitica trattazione che manifesti l'impossibilità del ricorso alle procedure ordinarie per il rispetto dei tempi di attuazione degli interventi. Nel caso di assenza di concorrenza per motivi tecnici vanno puntualmente esplicitate le condizioni/motivazioni dell'assenza.</p> <p><b>È Responsabile dell'attuazione delle misure di mitigazione del rischio corruttivo il Direttore del Servizio competente in materia.</b></p> <p><b>Il RPCT verifica in sede di monitoraggio la corretta attuazione delle misure programmate.</b></p>
	<p>Utilizzo improprio della procedura negoziata da parte della stazione appaltante ascrivibile all'incapacità di effettuare una corretta programmazione e progettazione degli interventi.</p> <p>Utilizzo improprio della procedura negoziata da parte della stazione appaltante per favorire un determinato operatore economico.</p>	<p>Al fine dell'individuazione degli indicatori di anomalia si stabilisce di tracciare le procedure negoziate senza previa pubblicazione del bando affidate da una medesima amministrazione in un determinato arco temporale. Ciò al fine di verificare da parte delle strutture competenti se gli operatori economici aggiudicatari sono sempre i medesimi.</p> <p><b>È Responsabile dell'attuazione delle misure di mitigazione del rischio corruttivo il Direttore del Servizio competente in materia.</b></p> <p><b>Il RPCT potrà effettuare controlli su un campione di affidamenti ritenuto significativo (almeno pari al 10%) dell'effettivo ricorrere delle condizioni di urgenza previste dalla norma. Il RPCT verificherà altresì in sede di monitoraggio la corretta attuazione delle misure programmate.</b></p>
	<p>Artificioso allungamento dei tempi di progettazione della gara e della fase realizzativa dell'intervento al fine di creare la condizione per affidamenti caratterizzati da urgenza.</p>	<p>Monitoraggio sistematico del rispetto dei tempi di progettazione della gara e della fase realizzativa dell'intervento al fine di individuare eventuali anomalie che possono incidere sui tempi di attuazione dei programmi.</p> <p><b>È Responsabile dell'attuazione delle misure di mitigazione del rischio corruttivo il Direttore del Servizio competente in materia.</b></p> <p><b>Verifica a campione dei casi di anomalia da parte della struttura interessata che ne relaziona al RPCT .</b></p>
<p><b>Art. 48, co. 4, d.l. n. 77/2021</b></p> <p>Per gli affidamenti PNRR, PNC e UE è stata estesa la norma che consente, in caso di impugnativa, l'applicazione delle disposizioni processuali relative alle infrastrutture strategiche (art. 125 d.lgs. n. 104/2010), le quali - fatte salve le ipotesi di cui agli artt. 121 e 123 del citato decreto - limitano la caducazione del contratto, favorendo il</p>	<p>Possibili accordi collusivi per favorire il riconoscimento di risarcimenti, cospicui, al soggetto non aggiudicatario.</p>	<p>A seguito di contenzioso, ricognizione da parte dell'ufficio gare – nell'arco di due anni – sia degli OE che hanno avuto la “conservazione del contratto” sia di quelli per i quali è stato concesso il risarcimento ai sensi dell'art. 125 d.lgs. n. 104/2010. Ciò al fine di verificare la ricorrenza dei medesimi OE, indice di un possibile accordo collusivo fra gli stessi. Pubblicazione degli indennizzi concessi ai sensi dell'art. 125 d.lgs. n. 104/2010.</p> <p><b>È Responsabile dell'attuazione delle misure di mitigazione del rischio corruttivo il Direttore del Servizio competente in materia.</b></p> <p><b>Il RPCT verifica in sede di monitoraggio la corretta attuazione delle misure programmate.</b></p>
	<p>Omissione di controlli in sede esecutiva da parte del DL o del DEC sullo svolgimento delle prestazioni dedotte in contratto da parte del solo personale autorizzato con la possibile conseguente prestazione</p>	<p>Verifica da parte del Responsabile della Struttura dell'adeguato rispetto degli adempimenti di legge da parte del DL/DEC e RUP con riferimento allo svolgimento della vigilanza in sede esecutiva con specifico riguardo ai subappalti autorizzati e ai sub contratti comunicati.</p> <p>Il RPCT verifica in sede di monitoraggio la corretta attuazione delle misure programmate.</p>

<p><b>risarcimento per equivalente.</b></p>	<p>svolta da personale/operatori economici non autorizzati.</p>	<p><b>È Responsabile dell'attuazione delle misure di mitigazione del rischio corruttivo il Direttore del Servizio competente in materia.</b></p> <p><b>Il RPCT verifica in sede di monitoraggio la corretta attuazione delle misure programmate.</b></p>
	<p>Nomina come titolare del potere sostitutivo di soggetti che versano in una situazione di conflitto di interessi.</p>	<p>Link alla pubblicazione, ai sensi dell'art. 35, lett. m), del d.lgs. n. 33/2013, sul sito istituzionale della stazione appaltante, del nominativo e dei riferimenti del titolare del potere sostitutivo, tenuto ad attivarsi qualora decorrano inutilmente i termini per la stipula, la consegna lavori, la costituzione del Collegio Consultivo Tecnico, nonché altri termini anche endoprocedimentali.</p> <p>Dichiarazione, da parte del soggetto titolare del potere sostitutivo per la procedura rispetto alla quale viene richiesto il suo intervento, delle eventuali situazioni di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 16 del d.lgs. n. 36/2023.</p> <p>Verifica e valutazione delle dichiarazioni rese dal titolare del potere sostitutivo a cura della Struttura interessata (cfr. Parte speciale, Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici, § 3.1. del PNA 2022).</p> <p><b>È Responsabile dell'attuazione delle misure di mitigazione del rischio corruttivo il Direttore del Servizio competente in materia.</b></p> <p><b>Il RPCT verifica in sede di monitoraggio la corretta attuazione delle misure programmate.</b></p>
<p><b>Art. 50, co. 4, d.l. 77/2021 Premio di accelerazione</b></p> <p><b>È previsto che la stazione appaltante preveda nel bando o nell'avviso di indizione della gara dei premi di accelerazione per ogni giorno di anticipo della consegna dell'opera finita, da conferire mediante lo stesso procedimento utilizzato per le applicazioni delle penali. È prevista anche una deroga all'art. 113-bis del Codice dei Contratti pubblici al fine di prevedere delle penali più aggressive in caso di ritardato adempimento.</b></p>	<p>Corresponsione di un premio di accelerazione in assenza del verificarsi delle circostanze previste dalle norme.</p> <p>Accelerazione, da parte dell'appaltatore, comportante una esecuzione dei lavori "non a regola d'arte", al solo fine di conseguire il premio di accelerazione, con pregiudizio del corretto adempimento del contratto.</p>	<p>Comunicazione tempestiva da parte dei soggetti deputati alla gestione del contratto (RUP, DL e DEC) del ricorrere delle circostanze connesse al riconoscimento del premio di accelerazione al fine di consentire le eventuali verifiche del RPCT.</p> <p>Al fine dell'individuazione degli indicatori di anomalia si definisce di tracciare gli affidamenti operati dalla stazione appaltante al fine di verificare la rispondenza delle tempistiche di avanzamento in ragione di quanto previsto dalle norme e dal contratto; ciò con l'obiettivo di procedere ad accertamenti nel caso di segnalato ricorso al premio di accelerazione.</p> <p><b>È Responsabile dell'attuazione delle misure di mitigazione del rischio corruttivo il Direttore del Servizio competente in materia.</b></p> <p><b>Il RPCT verifica in sede di monitoraggio la corretta attuazione delle misure programmate.</b></p>
	<p>Accordi fraudolenti del RUP o del DL con l'appaltatore per attestare come concluse prestazioni ancora da ultimare al fine di evitare l'applicazione delle penali e/o riconoscere il premio di accelerazione.</p>	<p>Sensibilizzazione dei soggetti competenti (RUP, DL e DEC) preposti a mezzo della diffusione di circolari interne/linee guida comportamentali sugli adempimenti e la disciplina in ordine all'esecuzione della prestazione al fine del corretto riconoscimento del premio di accelerazione.</p> <p><b>È Responsabile dell'attuazione delle misure di mitigazione del rischio corruttivo il Direttore del Servizio competente in materia.</b></p> <p><b>Il RPCT verifica in sede di monitoraggio la corretta attuazione delle misure programmate.</b></p>
<p><b>Art. 53, d.l. n. 77/2021</b></p> <p><b>Semplificazione degli acquisti di beni e servizi informatici strumentali alla realizzazione del PNRR e in materia di</b></p>	<p>Improprio ricorso alla procedura negoziata piuttosto che ad altra procedura di affidamento per favorire determinati operatori economici per gli appalti sopra soglia.</p>	<p>Chiara e puntuale esplicitazione nella determina a contrarre o atto equivalente delle motivazioni che hanno indotto la S.A. a ricorrere alla procedura negoziata, anche per importi superiori alle soglie UE.</p> <p><b>È Responsabile dell'attuazione delle misure di mitigazione del rischio corruttivo il Direttore del Servizio competente in materia.</b></p> <p><b>Il RPCT verifica in sede di monitoraggio la corretta attuazione delle misure programmate.</b></p>

<p><b>procedure di e-procurement e acquisto di beni e servizi informatici. In applicazione della norma in commento le stazioni appaltanti possono ricorrere alla procedura negoziata anche per importi superiori alle soglie UE, per affidamenti aventi ad oggetto l'acquisto di beni e servizi informatici, in</b></p>	<p>Ricorso eccessivo e inappropriato alla procedura negoziata anche per esigenze che potrebbero essere assolte anche con i tempi delle gare aperte.</p>	<p>Al fine dell'individuazione degli indicatori di anomalia si individuano le seguenti azioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. analisi, in base al Common procurement vocabulary (CPV), degli affidamenti con procedure negoziate, sia avvalendosi di procedure informatiche a disposizione delle singole amministrazioni che del Portale dei dati aperti di ANAC. Ciò al fine di verificare da parte delle strutture e/o soggetti competenti (RUP + ufficio gare) se gli operatori economici aggiudicatari siano sempre i medesimi;</li> <li>2. analisi delle procedure negoziate che fanno rilevare un numero di inviti ad operatori economici inferiore a 5;</li> <li>3. analisi degli operatori economici per verificare quelli che in un determinato arco temporale risultano essere stati con maggiore frequenza invitati e/o aggiudicatari.</li> </ol>
---	---	---

<p>particolare basati sulla tecnologia cloud, nonché servizi di connettività, la cui determina a contrarre o altro atto di avvio del procedimento equivalente sia adottato entro il 31 dicembre 2026, anche ove ricorra la rapida obsolescenza tecnologica delle soluzioni disponibili tale da non consentire il ricorso ad altra procedura di affidamento.</p>	<p>Mancata rotazione dei soggetti chiamati a partecipare alle procedure e formulazione dei relativi inviti ad un numero inferiore di soggetti rispetto a quello previsto dalla norma al fine di favorire determinati operatori economici a discapito di altri.</p>	<p><b>È Responsabile dell'attuazione delle misure di mitigazione del rischio corruttivo il Direttore del Servizio competente in materia.</b></p> <p><b>Il RPCT verifica in sede di monitoraggio la corretta attuazione delle misure programmate.</b></p> <p>Verifica da parte dell'ente (RPCT) circa la corretta attuazione del principio di rotazione degli inviti al fine di garantire la parità di trattamento degli operatori economici in termini di effettiva possibilità di partecipazione alle gare, verificando quelli che in un determinato arco temporale risultano essere stati con maggior frequenza invitati o aggiudicatari.</p> <p>Aggiornamento tempestivo degli elenchi di O.E. costituiti presso la SA. interessati a partecipare alle procedure indette dalla S.A.</p> <p>Pubblicazione, all'esito delle procedure, dei nominativi degli operato.</p> <p><b>È Responsabile dell'attuazione delle misure di mitigazione del rischio corruttivo il Direttore del Servizio competente in materia.</b></p> <p><b>Il RPCT verifica in sede di monitoraggio la corretta attuazione delle misure programmate.</b></p>
---	--	--

ALLEGATO 3 - SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" PIAO ASL BRINDISI 2025 - 2027 - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Sotto - sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Sotto - sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Norme del D.Lgs 33/2013, modificato dal D.Lgs 97/2016 e s.m.i.	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Area responsabile elaborazione dei dati (nella persona del suo Direttore)	Area responsabile della trasmissione dei dati (se diversa da quella che li elabora)	Area responsabile della pubblicazione dei dati (se diversa dalle responsabili elaborazione e trasmissione)	Termine di scadenza per la Pubblicazione	Monitoraggio Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile	
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e dei suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) ( <a href="#">link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione</a> )	Annuale	RPCT	RPCT	RPCT	Annuale	RPCT	
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Segreteria Direzionale	Segreteria Direzionale	Segreteria Direzionale	20 giorni lavorativi	RPCT	
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Segreteria Direzionale	Segreteria Direzionale	Segreteria Direzionale	20 giorni lavorativi	RPCT	
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Controllo di Gestione	Segreteria Direzionale	Segreteria Direzionale	20 giorni lavorativi	RPCT	
		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Segreteria Direzionale	Segreteria Direzionale	Segreteria Direzionale	20 giorni lavorativi	RPCT	
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Segreteria Direzionale	20 giorni lavorativi	RPCT	
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	
		Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	
		Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d lgs 10/2016	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
	Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013		Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)		N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	
	Organizzazione		Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n.33/2013)	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
			Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
			Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013				Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	
Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013				Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	
Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013				Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	

Organizzazione

**Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo**

Considerato che l'ASL non ha organi di indirizzo politico amministrativo e in riferimento alla nota della CIVIT prot. n. 0009591 del 15/10/2013, il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario delle aziende sanitarie sono soggetti agli obblighi di pubblicazione di cui all'art. 15 del D.Lgs 33/2013, in virtù del rinvio operato dal successivo art. 41, c. 3 del D.Lgs 33/2013

Per i componenti della Direzione Generale vedasi la sotto-sezione

**“Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice”**

Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, l. n. 441/1982	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013  (da pubblicare in tabelle)	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	
Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.		
Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.		
Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.		
Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.		
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, l. n. 441/1982		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.		
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.		
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, l. n. 441/1982	2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.			
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, l. n. 441/1982	3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.			

Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	N.A.	N.A.	N.A.	Annuale	RPCT
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Nessuno	N.A.	N.A.	N.A.	Nessuno	RPCT
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	N.A.	N.A.	N.A.	Nessuno	RPCT
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	N.A.	N.A.	N.A.	Nessuno	RPCT
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	N.A.	N.A.	N.A.	Nessuno	RPCT
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	N.A.	N.A.	N.A.	Nessuno	RPCT
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	N.A.	N.A.	N.A.	Nessuno	RPCT
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	N.A.	N.A.	N.A.	Nessuno	N.A.
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, l. n. 441/1982	3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.		
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982	4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.		
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
			Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
	Articolazione degli uffici <i>(soggetto tenuto all'obbligo di pubblicazione ex art. 13, c.1 - v. Delibera ANAC 495/2023)</i>	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	20 giorni lavorativi	RPCT.
		Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	20 giorni lavorativi	RPCT
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	20 giorni lavorativi	RPCT
Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura Informazione e Comunicazione, Polo Universitario e Formazione	Struttura Informazione e Comunicazione, Polo Universitario e Formazione	Struttura Informazione e Comunicazione, Polo Universitario e Formazione	20 giorni lavorativi	RPCT	

<b>Consulenti e collaboratori</b>	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori  (da pubblicare in tabelle o tramite collegamento con la piattaforma Perla.PA)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le Strutture Aziendali che conferiscono	Tutte le Strutture Aziendali che conferiscono	Tutte le Strutture Aziendali che conferiscono	20 giorni lavorativi	RPCT
				Per ciascun titolare di incarico:		Tutte le Strutture Aziendali che conferiscono	Tutte le Strutture Aziendali che conferiscono	Tutte le Strutture Aziendali che conferiscono	20 giorni lavorativi	RPCT
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le Strutture Aziendali che conferiscono	Tutte le Strutture Aziendali che conferiscono	Tutte le Strutture Aziendali che conferiscono	20 giorni lavorativi	RPCT
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le Strutture Aziendali che conferiscono	Tutte le Strutture Aziendali che conferiscono	Tutte le Strutture Aziendali che conferiscono	20 giorni lavorativi	RPCT
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le Strutture Aziendali che conferiscono	Tutte le Strutture Aziendali che conferiscono	Tutte le Strutture Aziendali che conferiscono	20 giorni lavorativi	RPCT
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le Strutture Aziendali che conferiscono	Tutte le Strutture Aziendali che conferiscono	Tutte le Strutture Aziendali che conferiscono	20 giorni lavorativi	RPCT
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	Tutte le Strutture Aziendali che conferiscono	Tutte le Strutture Aziendali che conferiscono	Tutte le Strutture Aziendali che conferiscono	20 giorni lavorativi	RPCT
<b>Personale</b>	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice		<b>Incarichi amministrativi di vertice</b> (da pubblicare in tabelle)	Per ciascun titolare di incarico:						
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	20 giorni lavorativi	RPCT
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	20 giorni lavorativi	RPCT
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	20 giorni lavorativi	RPCT
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione del Patrimonio	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Patrimonio	3 mesi	RPCT
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	20 giorni lavorativi	RPCT
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	20 giorni lavorativi	RPCT
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	RPCT
Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, l. n. 441/1982	2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	RPCT			
Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982	3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Annuale	RPCT			
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	20 giorni lavorativi	RPCT			

		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Annuale	RPCT		
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Annuale	RPCT		
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)		Per ciascun titolare di incarico:								
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	20 giorni lavorativi	RPCT		
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	20 giorni lavorativi	RPCT		
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	20 giorni lavorativi	RPCT		
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	20 giorni lavorativi	RPCT		
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	20 giorni lavorativi	RPCT		
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	20 giorni lavorativi	RPCT		
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, l. n. 441/1982	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).					In attesa di regolamento attuativo (decreto legge 30 dicembre 2019, n. 162, cd. "milleproroghe 2020", convertito in legge 28 febbraio 2020, n. 8 - articolo 1, comma 7) - Fasc. UVCAT 3918/2022 - Atto Anac 12 ottobre 2022	In attesa di regolamento attuativo (decreto legge 30 dicembre 2019, n. 162, cd. "milleproroghe 2020", convertito in legge 28 febbraio 2020, n. 8 - articolo 1, comma 7) - Fasc. UVCAT 3918/2022 - Atto Anac 12 ottobre 2022
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, l. n. 441/1982	2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico						In attesa di regolamento attuativo (decreto legge 30 dicembre 2019, n. 162, cd. "milleproroghe 2020", convertito in legge 28 febbraio 2020, n. 8 - articolo 1, comma 7) - Fasc. UVCAT 3918/2022 - Atto Anac 12 ottobre 2022	In attesa di regolamento attuativo (decreto legge 30 dicembre 2019, n. 162, cd. "milleproroghe 2020", convertito in legge 28 febbraio 2020, n. 8 - articolo 1, comma 7) - Fasc. UVCAT 3918/2022 - Atto Anac 12 ottobre 2022
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982	3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale						In attesa di regolamento attuativo (decreto legge 30 dicembre 2019, n. 162, cd. "milleproroghe 2020", convertito in legge 28 febbraio 2020, n. 8 - articolo 1, comma 7) - Fasc. UVCAT 3918/2022 - Atto Anac 12 ottobre 2022	In attesa di regolamento attuativo (decreto legge 30 dicembre 2019, n. 162, cd. "milleproroghe 2020", convertito in legge 28 febbraio 2020, n. 8 - articolo 1, comma 7) - Fasc. UVCAT 3918/2022 - Atto Anac 12 ottobre 2022
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	20 giorni lavorativi	RPCT	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	20 giorni lavorativi	RPCT	
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	20 giorni lavorativi	RPCT	
Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016								
Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	20 giorni lavorativi	RPCT		
Art. 1, c. 7, d.p.f. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Annuale	RPCT		

Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Nessuno	RPCT	
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Nessuno	RPCT	
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Nessuno	RPCT	
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, l. n. 441/1982		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Nessuno	RPCT	
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Nessuno	RPCT	
		3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	RPCT		
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	20 giorni lavorativi	RPCT
	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies, d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	20 giorni lavorativi	RPCT
	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Annuale	RPCT
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Annuale	RPCT
Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Annuale	RPCT	
	Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Trimestrale	RPCT	
Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Trimestrale	RPCT	
Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	20 giorni lavorativi	RPCT	
Personale	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale - UOS Gestione Dipendente/Relazioni Sindacali	20 giorni lavorativi	RPCT
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Annuale	RPCT

	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Segreteria OIV	Segreteria OIV	Segreteria OIV	20 giorni lavorativi	RPCT
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Segreteria OIV	Segreteria OIV	Segreteria OIV	20 giorni lavorativi	RPCT
		Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	20 giorni lavorativi	RPCT
<b>Bandi di concorso</b>		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	20 giorni lavorativi	RPCT
<b>Performance</b>	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	20 giorni lavorativi	RPCT
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Controllo di Gestione	Controllo di Gestione	Controllo di Gestione	20 giorni lavorativi	RPCT
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Controllo di Gestione	Controllo di Gestione	Controllo di Gestione	20 giorni lavorativi	RPCT
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	20 giorni lavorativi	RPCT
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	20 giorni lavorativi	RPCT
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	20 giorni lavorativi	RPCT
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	20 giorni lavorativi	RPCT
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	20 giorni lavorativi	RPCT
Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016						
<b>Enti controllati</b>	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Annuale	RPCT
				Per ciascuno degli enti:						
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Annuale	RPCT
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Annuale	RPCT
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Annuale	RPCT
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Annuale	RPCT
5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Annuale	RPCT				

Enti controllati			6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Annuale	RPCT			
			7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Annuale	RPCT			
			Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	20 giorni lavorativi	RPCT		
			Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Annuale	RPCT		
			Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Annuale	RPCT		
	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Annuale	RPCT		
				Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Annuale	RPCT		
				1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Annuale	RPCT		
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Annuale	RPCT		
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Annuale	RPCT		
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Annuale	RPCT		
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Annuale	RPCT		
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Annuale	RPCT		
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Annuale	RPCT		
				Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	20 giorni lavorativi	RPCT	
				Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Annuale	RPCT	
				Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Annuale	RPCT	
				Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	20 giorni lavorativi	RPCT
						Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	20 giorni lavorativi	RPCT

			Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	20 giorni lavorativi	RPCT		
Enti controllati	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Annuale	RPCT	
				Per ciascuno degli enti:							
				1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Annuale	RPCT	
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Annuale	RPCT	
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Annuale	RPCT	
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Annuale	RPCT	
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Annuale	RPCT	
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Annuale	RPCT	
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Annuale	RPCT	
				Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	20 giorni lavorativi	RPCT
				Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Annuale	RPCT
				Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Annuale	RPCT
Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Annuale	RPCT		
Attività e procedimenti	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016						
	Tipologie di procedimento			<b>Per ciascuna tipologia di procedimento:</b>							
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	20 giorni lavorativi	RPCT	
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	20 giorni lavorativi	RPCT	
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	20 giorni lavorativi	RPCT	
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	20 giorni lavorativi	RPCT	
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	20 giorni lavorativi	RPCT	
		Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	20 giorni lavorativi	RPCT	
Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	20 giorni lavorativi	RPCT			

Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	20 giorni lavorativi	RPCT
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	20 giorni lavorativi	RPCT
		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	20 giorni lavorativi	RPCT
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	20 giorni lavorativi	RPCT
				<b>Per i procedimenti ad istanza di parte:</b>		Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	20 giorni lavorativi	RPCT
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	20 giorni lavorativi	RPCT
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	20 giorni lavorativi	RPCT
Monitoraggio tempi procedurali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016						
Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	20 giorni lavorativi	RPCT	
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ( <i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Semestrale	RPCT
	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016					
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ( <i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Semestrale	RPCT
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	N.A				
Controlli sulle imprese		Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	N.A				
		Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative		N.A				

SOTTO-SEZIONE "BANDI DI GARA E CONTRATTI" : PER QUANTO CONCERNE I CONTRATTI CON BANDI E AVVISI PUBBLICATI DOPO IL 1° GENNAIO 2024 SI RINVIA ALLA DELIBERA ANAC N. 264/ 2023, IL CUI SCHEMA E' RIPORTATO IN ALLEGATO AL PRESENTE PIAO

	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013; Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190. Informazioni sulle singole procedure	Codice Identificativo Gara (CIG)/SmartCIG, struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate	Tempestivo	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	20 giorni lavorativi	RPCT
	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013; Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	(da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella Delibera ANAC 39/2016	Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG)/smartCIG, struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Annuale	RPCT
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013; Artt. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 D.M. MIT 14/2018, art. 5, commi 8 e 10 e art. 7, commi 4 e 10	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali  Comunicazione della mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici per assenza di lavori e comunicazione della mancata redazione del programma biennale degli acquisti di beni e servizi per assenza di acquisti (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 8 e art. 7, co. 4)  Modifiche al programma triennale dei lavori pubblici e al programma biennale degli acquisti di beni e servizi (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 10 e art. 7, co. 10)	Tempestivo	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	20 giorni lavorativi	RPCT
<b>Bandi di gara e contratti</b>	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni., compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del dlgs n. 50/2016. Si devono riferire a ciascuna procedura contrattuale in modo da avere una rappresentazione sequenziale di ognuna di esse, dai primi atti alla fase di esecuzione.								
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016; DPCM n. 76/2018	Trasparenza nella partecipazione di portatori di interessi e dibattito pubblico	Progetti di fattibilità relativi alle grandi opere infrastrutturali e di architettura di rilevanza sociale, aventi impatto sull'ambiente, sulle città e sull'assetto del territorio, nonché gli esiti della consultazione pubblica, comprensivi dei resoconti degli incontri e dei dibattiti con i portatori di interesse. I contributi e i resoconti sono pubblicati, con pari evidenza, unitamente ai documenti predisposti dall'amministrazione e relativi agli stessi lavori (art. 22, c. 1)  Informazioni previste dal D.P.C.M. n. 76/2018 "Regolamento recante modalità di svolgimento, tipologie e soglie dimensionali delle opere sottoposte a dibattito pubblico"	Tempestivo	Area Gestione Tecnica	Area Gestione Tecnica	Area Gestione Tecnica	20 giorni lavorativi	RPCT
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi di preinformazione	<b>SETTORI ORDINARI</b> Avvisi di preinformazione per i settori ordinari di cui all'art. 70, co. 1, d.lgs. 50/2016  <b>SETTORI SPECIALI</b> Avvisi periodici indicativi per i settori speciali di cui all'art. 127, co. 2, d.lgs. 50/2016	Tempestivo	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	20 giorni lavorativi	RPCT
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Delibera a contrarre	Delibera a contrarre o atto equivalente	Tempestivo	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	20 giorni lavorativi	RPCT

**Bandi di gara e contratti2**

	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016, D.M. MIT 2.12.2016	Avvisi e bandi	<p><b>SETTORI ORDINARI-SOTTOSOGLIA</b>          Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC n.4)          Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9)          Avviso di costituzione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC)          Determina a contrarre ex art. 32, c. 2, con riferimento alle ipotesi ex art. 36, c. 2, lettere a) e b)</p> <p><b>SETTORI ORDINARI- SOPRASOGLIA</b>          Avviso di preinformazione per l'indizione di una gara per procedure ristrette e procedure competitive con negoziazione (amministrazioni subcentrali)          (art. 70, c. 2 e 3)          Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1 e 4)          Bandi di gara o avvisi di preinformazione per appalti di servizi di cui all'allegato IX (art. 142, c. 1)          Bandi di concorso per concorsi di progettazione (art. 153)          Bando per il concorso di idee (art. 156)</p> <p><b>SETTORI SPECIALI</b>          Bandi e avvisi (art. 127, c. 1)          Per procedure ristrette e negoziate- Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 3)          Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 128, c. 1)          Bandi di gara e avvisi (art. 129, c. 1)          Per i servizi sociali e altri servizi specifici- Avviso di gara, avviso periodico indicativo, avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 140, c. 1)          Per i concorsi di progettazione e di idee - Bando (art. 141, c. 3)</p> <p><b>SPONSORIZZAZIONI</b>          Avviso con cui si rende nota la ricerca di uno sponsor o l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione indicando sinteticamente il contenuto del contratto proposto (art. 19 c.1)</p>	Tempestivo	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	20 giorni lavorativi	RPCT
	Art. 48, c.3 DL n.77/2021	Procedure negoziate afferenti agli investimenti pubblici finanziati, in tutto o in parte, con le risorse previste dal PNRR e dal PNC e dai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione Europea	Evidenza dell'avvio delle procedure negoziata (art. 63 e art.125) ove le S.A. vi ricorrono quando, per ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, l'applicazione dei termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie può compromettere la realizzazione degli obiettivi o il rispetto dei tempi di attuazione di cui al PNRR nonché al PNC e ai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione Europea	Tempestivo					RPCT
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Commissione giudicatrice	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti, il compenso dei singoli commissari e il costo complessivo sostenuto dall'amministrazione per la procedura di nomina.	Tempestivo	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	20 giorni lavorativi	RPCT
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi relativi all'esito della procedura	<p><b>SETTORI ORDINARI- SOTTOSOGLIA</b>          Avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, lett. b), c), c-bis). Per le ipotesi di cui all'art. 36, c. 2, lett. b) tranne nei casi in cui si procede ad affidamento diretto tramite determina a contrarre ex articolo 32, c. 2          Pubblicazione facoltativa dell'avviso di aggiudicazione di cui all'art. 36, co. 2, lett. a) tranne nei casi in cui si procede ai sensi dell'art. 32, co. 2</p> <p><b>SETTORI ORDINARI-SOPRASOGLIA</b>          Avviso di appalto aggiudicato (art. 98)          Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi di cui all'allegato IX eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3)          Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 153, c. 2)</p> <p><b>SETTORI SPECIALI</b>          Avviso relativo agli appalti aggiudicati (art. 129, c. 2 e art. 130)          Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi sociali e di altri servizi specifici eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 140, c. 3)          Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 141, c. 2)</p>	Tempestivo	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	20 giorni lavorativi	RPCT

Bandi di gara e contratti

	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Verbali delle commissioni di gara	Verbali delle commissioni di gara (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162)	Tempestivo	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	20 giorni lavorativi	RPCT
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Provvedimenti di esclusione e di ammissione	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali	Tempestivo	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	20 giorni lavorativi	RPCT
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Contratti	Testo dei contratti (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162)	Tempestivo	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	20 giorni lavorativi	RPCT
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016;	Concessioni e partenariato pubblico privato	Tutti gli obblighi di pubblicazione elencati nel presente allegato sono applicabili anche ai contratti di concessione e di partenariato pubblico privato, <b>in quanto compatibili</b> , ai sensi degli artt. 29, 164, 179 del d.lgs. 50/2016. Con riferimento agli avvisi e ai bandi si richiamano inoltre:  Bando di concessione, invito a presentare offerte (art. 164, c. 2, che rinvia alle disposizioni contenute nella parte I e II del d.lgs. 50/2016 anche relativamente alle modalità di pubblicazione e redazione dei bandi e degli avvisi )  Nuovo invito a presentare offerte a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3)  Nuovo bando di concessione a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3)  Bando di gara relativo alla finanza di progetto (art. 183, c. 2)  Bando di gara relativo alla locazione finanziaria di opere pubbliche o di pubblica utilità (art. 187)  Bando di gara relativo al contratto di disponibilità (art. 188, c. 3)	Tempestivo	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	20 giorni lavorativi	RPCT
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile	Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10)	Tempestivo	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	20 giorni lavorativi	RPCT
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016;	Affidamenti in house	Tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti nell'ambito del settore pubblico (art. 192, c. 1 e 3)	Tempestivo	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	20 giorni lavorativi	RPCT
	Art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	<u>Obbligo previsto per i soli enti gestiscono gli elenchi e per gli organismi di certificazione</u>  Elenco degli operatori economici iscritti in un elenco ufficiale (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016) Elenco degli operatori economici in possesso del certificato rilasciato dal competente organismo di certificazione (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	20 giorni lavorativi	RPCT

	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Fase esecutiva	Fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 del d.lgs. 50/2016, i provvedimenti di approvazione ed autorizzazione relativi a: - modifiche soggettive - varianti - proroghe - rinnovi - quinto d'obbligo Certificato di collaudo o regolare esecuzione Certificato di verifica conformità Accordi bonari e transazioni Atti di nomina del: direttore dei lavori/direttore dell'esecuzione/componenti delle commissioni di collaudo	Tempestivo	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	20 giorni lavorativi	RPCT
	D.l. 76/2020, art. 6 Art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Collegi consultivi tecnici	Composizione del CCT, curricula e compenso dei componenti, costo complessivo sostenuto dall'amministrazione per la procedura di nomina	Tempestivo	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	20 giorni lavorativi	RPCT
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione. Il resoconto deve contenere, per ogni singolo contratto, almeno i seguenti dati: data di inizio e conclusione dell'esecuzione, importo del contratto, importo complessivo liquidato e nel caso di scostamento, il dettaglio delle voci che lo hanno determinato con l'indicazione dei singoli importi	Tempestivo (non oltre 6 mesi dal termine dell'esecuzione del contratto)	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	20 giorni lavorativi	RPCT
	d.l. 76, art. 1, co. 2, lett. a) (applicabile temporaneamente)	Avviso sui risultati della procedura di affidamento diretto (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per gli affidamenti diretti per lavori di importo inferiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 139.000 euro: pubblicazione dell'avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (non obbligatoria per affidamenti inferiori ad euro 40.000)	Tempestivo	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	20 giorni lavorativi	RPCT
	d.l. 76, art. 1, co. 1, lett. b) (applicabile temporaneamente)	Avviso di avvio della procedura e avviso sui risultati della aggiudicazione di procedure negoziate senza bando (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per l'affidamento di servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo pari o superiore a 139.000 euro e fino alle soglie comunitarie e di lavori di importo pari o superiore a 150.000 euro e inferiore a un milione di euro: pubblicazione di un avviso che evidenzia l'avvio della procedura negoziata e di un avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati	Tempestivo	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	20 giorni lavorativi	RPCT
	Art. 47, c.2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC	Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile prodotto al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta da parte degli operatori economici tenuti, ai sensi dell'art. 46, del d.lgs. n. 198/2006 alla sua redazione (operatori che occupano oltre 50 dipendenti)(art. 47, c. 2, d.l. 77/2021)	Tempestivo	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	20 giorni lavorativi	RPCT
	Art. 47, co. 3-bis e co. 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016		Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla S.A. dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti (art. 47, c. 3, d.l. 77/2021)	Tempestivo	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	20 giorni lavorativi	RPCT

<b>Bandi di gara e contratti</b>		Art. 48, c. 3, d.l. 77/2021	Procedure negoziate afferenti agli <b>investimenti pubblici</b> finanziati, in tutto o in parte, con le risorse previste dal PNRR e dal PNC e dai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione Europea	Evidenza dell'avvio delle procedure negoziate (art. 63 e art.125) ove le S.A. vi ricorrono quando, per ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, l'applicazione dei termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie può compromettere la realizzazione degli obiettivi o il rispetto dei tempi di attuazione di cui al PNRR nonché al PNC e ai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione Europea	Tempestivo	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	Tutte le Strutture Aziendali che gestiscono procedure di gara di affidamento lavori-servizi-forniture	20 giorni lavorativi	RPCT
<b>Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici</b>	Criteria e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteria e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture Aziendali che rilasciano concessioni	Strutture Aziendali che rilasciano concessioni	Strutture Aziendali che rilasciano concessioni	20 giorni lavorativi	RPCT
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione  (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali)  (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture Aziendali che rilasciano concessioni	Strutture Aziendali che rilasciano concessioni	Strutture Aziendali che rilasciano concessioni	20 giorni lavorativi	RPCT
				Per ciascun atto:		Strutture Aziendali che rilasciano concessioni	Strutture Aziendali che rilasciano concessioni	Strutture Aziendali che rilasciano concessioni	20 giorni lavorativi	RPCT
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture Aziendali che rilasciano concessioni	Strutture Aziendali che rilasciano concessioni	Strutture Aziendali che rilasciano concessioni	20 giorni lavorativi	RPCT
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture Aziendali che rilasciano concessioni	Strutture Aziendali che rilasciano concessioni	Strutture Aziendali che rilasciano concessioni	20 giorni lavorativi	RPCT
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture Aziendali che rilasciano concessioni	Strutture Aziendali che rilasciano concessioni	Strutture Aziendali che rilasciano concessioni	20 giorni lavorativi	RPCT
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture Aziendali che rilasciano concessioni	Strutture Aziendali che rilasciano concessioni	Strutture Aziendali che rilasciano concessioni	20 giorni lavorativi	RPCT
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture Aziendali che rilasciano concessioni	Strutture Aziendali che rilasciano concessioni	Strutture Aziendali che rilasciano concessioni	20 giorni lavorativi	RPCT
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture Aziendali che rilasciano concessioni	Strutture Aziendali che rilasciano concessioni	Strutture Aziendali che rilasciano concessioni	20 giorni lavorativi	RPCT
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture Aziendali che rilasciano concessioni	Strutture Aziendali che rilasciano concessioni	Strutture Aziendali che rilasciano concessioni	20 giorni lavorativi	RPCT
Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Strutture Aziendali che rilasciano concessioni	Strutture Aziendali che rilasciano concessioni	Strutture Aziendali che rilasciano concessioni	Annuale	RPCT			
<b>Bilanci</b>	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	20 giorni lavorativi	RPCT
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016	Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	20 giorni lavorativi	RPCT	
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	20 giorni lavorativi	RPCT
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016	Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	20 giorni lavorativi	RPCT	
		Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	20 giorni lavorativi	RPCT

<b>Beni immobili e gestione patrimonio</b>	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione del Patrimonio - Area Gestione Tecnica	Area Gestione del Patrimonio - Area Gestione Tecnica	Area Gestione del Patrimonio - Area Gestione Tecnica	20 giorni lavorativi	RPCT
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n.33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione del Patrimonio - Area Gestione Tecnica	Area Gestione del Patrimonio - Area Gestione Tecnica	Area Gestione del Patrimonio - Area Gestione Tecnica	20 giorni lavorativi	RPCT
<b>Controlli e rilievi sull'amministrazione</b>	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n.33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere ANAC.	Segreteria OIV	Segreteria OIV	Segreteria OIV	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	RPCT
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (anche art.14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009) – Dati identificativi del documento	Tempestivo	Segreteria OIV	Segreteria OIV	Segreteria OIV	20 giorni lavorativi	RPCT
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009) – Dati identificativi del documento	Tempestivo	Segreteria OIV	Segreteria OIV	Segreteria OIV	20 giorni lavorativi	RPCT
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti – Dati identificativi del documento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Segreteria OIV	Segreteria OIV	Segreteria OIV	20 giorni lavorativi	RPCT
	Organi di revisione amministrativa e contabile		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Segreteria Collegio Sindacale	Segreteria Collegio Sindacale	Segreteria Collegio Sindacale	20 giorni lavorativi	RPCT
Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali	Affari Generali	Affari Generali	20 giorni lavorativi	RPCT	
<b>Servizi erogati</b>	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Struttura Informazione e Comunicazione Istituzionale, Polo Universitario e Formazione	Struttura Informazione e Comunicazione Istituzionale, Polo Universitario e Formazione	Struttura Informazione e Comunicazione Istituzionale, Polo Universitario e Formazione	20 giorni lavorativi	RPCT
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	Struttura Informazione e Comunicazione Istituzionale, Polo Universitario e Formazione	Struttura Informazione e Comunicazione Istituzionale, Polo Universitario e Formazione	Struttura Informazione e Comunicazione Istituzionale, Polo Universitario e Formazione	20 giorni lavorativi	RPCT
				Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	Struttura Informazione e Comunicazione Istituzionale, Polo Universitario e Formazione	Struttura Informazione e Comunicazione Istituzionale, Polo Universitario e Formazione	Struttura Informazione e Comunicazione Istituzionale, Polo Universitario e Formazione	20 giorni lavorativi	RPCT
				Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	Struttura Informazione e Comunicazione, Polo Universitario e Formazione	Struttura Informazione e Comunicazione, Polo Universitario e Formazione	Struttura Informazione e Comunicazione Istituzionale, Polo Universitario e Formazione	20 giorni lavorativi	RPCT
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Annuale	RPCT
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori di Dipartimento - Direzione Sanitaria - Area Gestione Tecnica	Direttori di Dipartimento - Direzione Sanitaria - Area Gestione Tecnica	Direttori di Dipartimento - Direzione Sanitaria - Area Gestione Tecnica	20 giorni lavorativi	RPCT
Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	Struttura Informazione e Comunicazione	Struttura Informazione e Comunicazione	Struttura Informazione e Comunicazione	20 giorni lavorativi	RPCT	

Pagamenti dell'Amministrazione	Dati sui pagamenti (soggetto tenuto all'obbligo di pubblicazione ex art. 4-bis)	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati identificativi del pagamento (N.B. Nota 1. Non sono oggetto di pubblicazione i pagamenti effettuati per sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari e vantaggi economici pubblicati ai sensi degli artt. 26 e 27 del d.lgs. n. 33/2013. Si ricorda che da tali vantaggi economici sono esclusi quelli di importo inferiore a 1000 euro nell'anno solare.)	Dati identificativi del pagamento in relazione all'ambito temporale di riferimento, alla categoria di spesa e alla tipologia di spesa sostenuta e ai beneficiari.  (secondo lo schema di cui all'allegato 1 e all'allegato n.4 della Delibera ANAC n. 495/2024)	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	RPCT		
				Ambito temporale di riferimento - anno							Anno di riferimento del pagamento	Numerico con formato: 4 cifre
				Ambito temporale di riferimento - trimestre							Trimestre (1, 2, 3, 4 trimestre dell'anno di riferimento)	Numerico con formato: 1 cifra
				Categoria di spesa							Valori possibili - uscite correnti - uscite in conto capitale	Opzione vincolata
				Tipologia di spesa							Valori possibili per la categoria "uscite correnti": - Acquisto di beni e di servizi - Contributi in conto esercizio - Interessi passivi - Altre spese per attività finanziarie - Altre spese correnti  Tipologie possibili per la categoria "uscite in conto capitale": - Investimenti in beni materiali - Investimenti in beni immateriali - Investimenti in attività finanziarie - Contributi in conto capitale - Altre spese in conto capitale	
				Importo							Importo del singolo pagamento per il trimestre di riferimento per singolo beneficiario	Decimale con separatore “.” per le 2 cifre decimali e separatore “.” per le migliaia
Beneficiario	Laddove i destinatari dei pagamenti di cui all'art. 4-bis siano persone fisiche, le amministrazioni hanno cura di non pubblicare i nominativi dei beneficiari, utilizzando adeguate soluzioni tecniche per oscurare i dati identificativi, ad esempio, sostituendo il nominativo con l'espressione "Soggetto privato" oppure con l'inserimento di "omissis", etc.	Formato: Codice fiscale di 11 cifre se persona giuridica;  In alternativa opzione vincolata con valore "Soggetto privato"										
Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	RPCT			
Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Annuale	RPCT			
			Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Trimestrale	RPCT			
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Annuale	RPCT		
IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	Area Gestione Economica Finanziaria	20 giorni lavorativi	RPCT			
Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni reali ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non di Competenza	Non di Competenza	Non di Competenza	Non di Competenza	RPCT			

Opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche ( <i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonchè i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Tecnica	Area Gestione Tecnica	Area Gestione Tecnica	20 giorni lavorativi	RPCT
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Tecnica	Area Gestione Tecnica	Area Gestione Tecnica	20 giorni lavorativi	RPCT
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione )	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione Tecnica	Area Gestione Tecnica	Area Gestione Tecnica	20 giorni lavorativi	RPCT
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonchè le loro varianti	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonchè delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
			Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
			Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonchè le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
			Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
			Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
			Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Tutte le Strutture Aziendali interessate	Annuale	RPCT
			(da pubblicare in tabelle)	Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Area Gestione del Personale	Annuale	RPCT

<b>Interventi straordinari e di emergenza</b>	Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza  (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	
	Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	
	Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	
<b>Altri contenuti</b>	<b>Prevenzione della Corruzione</b>	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	RPCT	RPCT	RPCT	Annuale	RPCT
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	RPCT	RPCT	RPCT	20 giorni lavorativi	RPCT
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	RPCT	RPCT	RPCT	20 giorni lavorativi	RPCT
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	RPCT	RPCT	RPCT	Annuale	RPCT
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	RPCT	RPCT	RPCT	20 giorni lavorativi	RPCT
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	RPCT	RPCT	RPCT	20 giorni lavorativi	RPCT

<b>Accesso civico</b>	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	RPCT	RPCT	RPCT	20 giorni lavorativi	RPCT	
	Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	RPCT	RPCT	RPCT	20 giorni lavorativi	RPCT	
	Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	RPCT	RPCT	RPCT	Semestrale	RPCT	
	<b>Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati</b>	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo_gestiti_da_AGID	Tempestivo	RPCT - Area Gestione Tecnica	RPCT - Area Gestione Tecnica	RPCT - Area Gestione Tecnica	20 giorni lavorativi	RPCT
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	RPCT - Area Gestione Tecnica	RPCT - Information and Communication Technologies	RPCT - Information and Communication Technologies	Annuale	RPCT
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità  (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	Area Gestione Tecnica	Area Gestione Tecnica	Area Gestione Tecnica	Annuale	RPCT

<b>Altri contenuti</b>	<b>Dati ulteriori</b>	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate	....	Tutte le Direzioni interessate	Tutte le Direzioni interessate	Tutte le Direzioni interessate	Annuale	RPCT
------------------------	-----------------------	---	---	--	------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---------	------

N.B. I dati pubblicati sono riutilizzabili solo alle condizioni previste dalla normativa vigente in materia di riutilizzo dell'informazione nel settore pubblico ( D.lgs. 18 maggio 2015, n.102, pubblicato in G. U. - Serie Generale - n. 158 del 10 luglio 2015, recante attuazione della direttiva 2013/37/UE che modifica la direttiva 2003/98/CE), in termini compatibili con gli scopi per i quali sono stati raccolti e registrati e, ove applicabile, nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali.

All. 1) Delibera ANAC 264 del 20.6.2023, come modificato con delibera 601 del 19 dicembre 2023

ATTI E DOCUMENTI DA PUBBLICARE IN "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" SOTTOSEZIONE "BANDI DI GARA E CONTRATTI"

Ove gli atti e i documenti siano già pubblicati sulle piattaforme di approvvigionamento digitale, ai sensi e nel rispetto dei termini e dei criteri di qualità delle informazioni stabiliti dal d.lgs. 33/2013 (artt. 6 e 8, co. 3), è sufficiente che in AT venga indicato il link alla piattaforma in modo da consentire a chiunque la visione dei suddetti atti e documenti

ATTI E DOCUMENTI DI CARATTERE GENERALE RIFERITI A TUTTE LE PROCEDURE

<u>Denominazione sotto-sezione I livello</u>	<u>Riferimento normativo</u>	<u>Contenuto dell'obbligo</u>	<u>Aggiornamento</u>
	Art. 30, d.lgs. 36/2023 Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalle SA e enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività.	Una tantum con aggiornamento tempestivo in caso di modifiche
	ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023 Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 4, co. 3)	Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incompiute nonché alla gestione delle stesse NB: Ove l'avviso è pubblicato nella apposita sezione del portale web del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, la pubblicazione in AT è assicurata mediante link al portale MIT	Tempestivo
	ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023 Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 5, co. 8; art. 7, co. 4)	Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici, per assenza di lavori Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale degli acquisti di forniture e servizi, per assenza di acquisti di forniture e servizi.	Tempestivo
	Art. 168, d.lgs. 36/2023 Procedure di gara con sistemi di qualificazione	Atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema.	Tempestivo
	Art. 169, d.lgs. 36/2023 Procedure di gara regolamentate Settori speciali	<u>Obbligo applicabile alle imprese pubbliche e ai soggetti titolari di diritti speciali esclusivi</u> Atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali).	Tempestivo
	Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020 Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico	<u>Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico</u> Elenco annuale dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale	Annuale

PER OGNI SINGOLA PROCEDURA DI AFFIDAMENTO INSERIRE IL LINK ALLA BDNCP CONTENENTE I DATI E LE INFORMAZIONI COMUNICATI DALLA S.A. E PUBBLICATI DA ANAC AI SENSI DELLA DELIBERA N. 261/2023

**PER CIASCUNA PROCEDURA SONO PUBBLICATI INOLTRE I SEGUENTI ATTI E DOCUMENTI**

<u>Fase</u>	<u>Riferimento normativo</u>	<u>Contenuto dell'obbligo</u>	<u>Aggiornamento</u>	<u>Note</u>
Pubblicazione	<p>Art. 40, co. 3 e co. 5, d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico (da intendersi riferito a quello facoltativo)</p> <p>Allegato I.6 al d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico obbligatorio</p>	<p>1) Relazione sul progetto dell'opera (art. 40, co. 3 codice e art. 5, co. 1, lett. a) e b) allegato)</p> <p>2) Relazione conclusiva redatta dal responsabile del dibattito (con i contenuti specificati dall'art. 40, co. 5 codice e art. 7, co. 1 dell'allegato)</p> <p>3) Documento conclusivo redatto dalla SA sulla base della relazione conclusiva del responsabile (solo per il dibattito pubblico obbligatorio) ai sensi dell'art. 7, co. 2 dell'allegato</p> <p>Per il dibattito pubblico obbligatorio, la pubblicazione dei documenti di cui ai nn. 2 e 3, è prevista sia per le SA sia per le amministrazioni locali interessate dall'intervento</p>	Tempestivo	
	<p>Art. 82, d.lgs. 36/2023 Documenti di gara Art. 85, co. 4, d.lgs. 36/2023 Pubblicazione a livello nazionale (cfr. anche l'Allegato II.7)</p>	<p>Documenti di gara. Che comprendono, almeno: Delibera a contrarre Bando/avviso di gara/lettera di invito Disciplinare di gara Capitolato speciale Condizioni contrattuali proposte</p>	Tempestivo	
	<p>Art. 28, d.lgs. 36/2023 Trasparenza dei contratti pubblici</p>	<p>Composizione delle commissioni giudicatrici e CV dei componenti</p>	Tempestivo	
	<p>Art. 47, co. 2, e 9 d.l. 77/2021, convertito con modificazioni dalla l. 108/2021</p> <p>D.P.C.M. 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023 )</p>	<p><u>Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati:</u></p> <p>Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile redatto dall'operatore economico, tenuto alla sua redazione ai sensi dell'art. 46, decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (operatori economici che occupano oltre 50 dipendenti). Il documento è prodotto, a pena di esclusione, al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta</p>	<p>Da pubblicare successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure</p>	

SOTTO-SEZIONE  
"Bandi di gara e  
contratti"

<p><b>Affidamento</b></p>	<p>Art. 10, co. 5; art. 14, co. 3; art. 17, co. 2; art. 24; art. 30, co. 2; art. 31, co. 1 e 2; D.lgs. 201/2022 Riordino della disciplina dei servizi pubblici locali di rilevanza economica</p>	<p>Procedure di affidamento dei servizi pubblici locali:</p> <p>1) deliberazione di istituzione del servizio pubblico locale (art. 10, co. 5);</p> <p>2) relazione contenente la valutazione finalizzata alla scelta della modalità di gestione (art. 14, co. 3);</p> <p>3) Deliberazione di affidamento del servizio a società in house (art. 17, co. 2) per affidamenti sopra soglia del servizio pubblico locale, compresi quelli nei settori del trasporto pubblico locale e dei servizi di distribuzione di energia elettrica e gas naturale;</p> <p>4) contratto di servizio sottoscritto dalle parti che definisce gli obblighi di servizio pubblico e le condizioni economiche del rapporto (artt. 24 e 31 co. 2);</p> <p>5) relazione periodica contenente le verifiche periodiche sulla situazione gestionale (art. 30, co. 2)</p>	<p>Tempestivo</p>	<p>L'ANAC, la Presidenza del Consiglio dei Ministri e l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato hanno elaborato alcuni schemi tipo, tra cui quelli relativi ai seguenti documenti: - Relazione sulla scelta della modalità di gestione del servizio pubblico locale, come previsto dall'art. 14, co. 3; - Motivazione qualificata richiesta dall'art. 17, co. 2, in caso di affidamenti diretti a società in house di importo superiore alle soglie di rilevanza europea in materia di contratti pubblici. Resta fermo l'obbligo di trasmissione ad ANAC come espressamente previsto all'art. 31, co. 2, d.lgs. 201/2022</p> <p>La documentazione è disponibile al seguente link: <a href="https://www.anticorruzione.it/-/trasparenza-dei-servizi-pubblici-locali-di-rilevanza-economica">https://www.anticorruzione.it/-/trasparenza-dei-servizi-pubblici-locali-di-rilevanza-economica</a></p>
<p><b>Esecutiva</b></p>	<p>Art. 215 e ss. e All. V.2, d.lgs 36/2023 Collegio consultivo tecnico</p> <p>Art. 47, co. 3, co. 3-bis, co. 9, l. 77/2021 convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati</p> <p>D.P.C.M 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023)</p>	<p>Composizione del Collegio consultivo tecnici (nominativi) CV dei componenti</p> <p><u>Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati:</u></p> <p>1) Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla stazione appaltante/ente concedente dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti</p> <p>2) Certificazione di cui all'art. 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza della presentazione delle offerte e consegnate alla stazione appaltante/ente concedente entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)</p>	<p>Tempestivo</p> <p>Tempestivo</p>	
<p><b>Sponsorizzazioni</b></p>	<p>Art. 134, co. 4, d.lgs. 36/2023 Contratti gratuiti e forme speciali di partenariato</p>	<p>Affidamento di contratti di sponsorizzazione di lavori, servizi o forniture per importi superiori a quarantamila 40.000 euro:</p> <p>1) avviso con il quale si rende nota la ricerca di sponsor per specifici interventi, ovvero si comunica l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione, con sintetica indicazione del contenuto del contratto proposto.</p>	<p>Tempestivo</p>	

<p><b>Procedure di somma urgenza e di protezione civile</b></p>	<p>Art. 140, d.lgs. 36/2023 Comunicato del Presidente ANAC del 19 settembre 2023</p>	<p>Atti e documenti relativi agli affidamenti di somma urgenza a prescindere dall'importo di affidamento. In particolare: 1) verbale di somma urgenza e provvedimento di affidamento; con specifica indicazione delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie; 2) perizia giustificativa; 3) elenco prezzi unitari, con indicazione di quelli concordati tra le parti e di quelli dedotti da prezzari ufficiali; 4) verbale di consegna dei lavori o verbale di avvio dell'esecuzione del servizio/fornitura; 5) contratto, ove stipulato.</p>	<p>Tempestivo</p>	
<p><b>Finanza di progetto</b></p>	<p>Art. 193, d.lgs. 36/2023 Procedura di affidamento</p>	<p>Provvedimento conclusivo della procedura di valutazione della proposta del promotore relativa alla realizzazione in concessione di lavori o servizi</p>	<p>Tempestivo</p>	

Sezione 3:  
Organizzazione e Capitale Umano

# **Sezione 3.1:**

## **Struttura Organizzativa**

### Organizzazione dell'Azienda Sanitaria locale di Brindisi

L'Azienda ASL BRINDISI è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale e svolge la funzione pubblica di promozione e tutela della salute, intesa sia come diritto fondamentale dell'individuo, sia come interesse della collettività, attraverso l'erogazione di servizi ed attività compresi nei LEA – definiti con DPCM – gratuitamente o mediante compartecipazione (TICKET).

**L'organizzazione aziendale** è articolata nelle funzioni di prevenzione, territoriale, ospedaliera e amministrativa-tecnica-logistica.

Gli **organi aziendali** sono:

- Direttore Generale
- Collegio Sindacale
- Collegio di Direzione.

La **Direzione Strategica** si avvale del supporto delle Tecnostrutture di Staff. L'articolazione di base dell'Azienda rispetta l'assetto organizzativo voluto dalla Regione Puglia, finalizzato a garantire il soddisfacimento dei bisogni sanitari in materia di:

- **Assistenza collettiva e sanità pubblica**, cui afferiscono le seguenti attività:
  - a) sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
  - b) tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
  - c) sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
  - d) salute animale e igiene urbana veterinaria;
  - e) sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
  - f) sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
  - g) attività medico legali per finalità pubbliche.
- **Assistenza territoriale**, che si articola nelle seguenti aree di attività:
  - a) assistenza sanitaria di base;
  - b) emergenza sanitaria territoriale;
  - c) assistenza farmaceutica;
  - d) assistenza integrativa;
  - e) assistenza specialistica ambulatoriale;
  - f) assistenza protesica;
  - g) assistenza termale;
  - h) assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale;
  - i) assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.
- **Assistenza ospedaliera**, che si articola nelle seguenti aree di attività:
  - a) pronto soccorso;
  - b) ricovero ordinario per acuti;
  - c) day surgery;
  - d) day hospital;
  - e) riabilitazione e lungodegenza post acuzie;
  - f) attività trasfusionali;
  - g) attività di trapianto di cellule, organi e tessuti;
  - h) centri antiveleni (CAV)

secondo un modello a rete aziendale che si raccordi con quello regionale, al fine di perseguire l'obiettivo della continuità dell'assistenza e quello dell'integrazione tra ospedale e territorio.

Le **funzioni tecnico-amministrative**, a supporto della Direzione Strategica sono assicurate dalle seguenti UU.OO.:

*Area Gestione Risorse Umane,  
Area Gestione del Patrimonio,  
Area Gestione Tecnica,  
Area Gestione Risorse Economiche e Finanziarie,  
Attività Legali e Affari Generali.*

Inoltre è opportuno precisare che la gestione operativa delle attività dell'ASL BR, in applicazione del D.Lgs 502 del 1992 e s.m.i. e delle conseguenti disposizioni regionali, è organizzata dipartimenti secondo la seguente classificazione (vedasi Delibera del D.G. n.302 del 17.02.2017 e s.m.i.) :

- *COORDINAMENTO DELLE DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO OSPEDALIERO;*
- *DIPARTIMENTO CARDIO/PNEUMOLOGICO/RIABILITATIVO;*
- *DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTICO;*
- *DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE;*
- *DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA;*
- *DIPARTIMENTO FARMACEUTICO;*
- *DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE;*
- *DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO;*
- *DIPARTIMENTO MEDICO;*
- *DIPARTIMENTO ONCO/EMATOLOGICO/RADIOTERAPICO/RADIODIAGNOSTICO;*
- *DIPARTIMENTO PREVENZIONE;*
- *DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE;*
- *STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE;*
- *UOC CON BUDGET AUTONOMO NEFROLOGIA E DIALISI;*
- *DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE;*
- *DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO;*
- *DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI*

E' opportuno evidenziare che nel corso del 2024 questa Direzione ha avviato le attività per l'adozione del nuovo atto aziendale secondo i criteri ed i principi previsti dal D.Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii. ed in attuazione della D.G.R. 879 del 29.04.2015 ad oggetto "Linee guida per l'adozione degli atti aziendali di Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere-Universitarie della Regione Puglia. Approvazione".

## **Sezione 3.2:**

# **Organizzazione del lavoro Agile**

## INDICE

- Premessa
- Normativa di riferimento
- Oggetto e ambito di applicazione
- Attività che possono essere svolte in modalità agile.
- Destinatari
- Attori coinvolti nell'applicazione del lavoro agile
- Accordo individuale
- Potere direttivo di controllo e disciplinare
- Luoghi di lavoro
- Orario di lavoro e disconnessione
- Strumentazione tecnologica
- Formazione
- Riservatezza, privacy e sicurezza sul lavoro
- Esperienza di Lavoro Agile nella ASL Brindisi

## Premessa

La Legge n. 124 del 7 agosto 2015 ha dato il via all'adozione e allo sviluppo di nuove forme di lavoro dirette a promuovere una migliore conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti pubblici.

L'art. 14 della suddetta legge avente ad oggetto la "promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche" prevedeva espressamente l'adozione di misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e per la sperimentazione di nuove modalità di svolgimento della prestazione lavorativa. Le misure da adottare dovevano garantire ad almeno il 10% dei dipendenti richiedenti, la possibilità di avvalersi di tali modalità innovative in un arco temporale di tre anni.

In una fase successiva, con la Legge n. 81 del 22 maggio 2017, il Legislatore ha disciplinato i contenuti del lavoro agile definendolo come una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, caratterizzata dall'assenza di vincoli di orario e/o di luogo di lavoro e con la possibilità di utilizzare strumenti tecnologici.

La prestazione lavorativa risulta caratterizzata dal suo svolgimento, in parte all'interno e in parte all'esterno dei locali aziendali, senza una postazione fissa, entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale previsti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

In attuazione delle predette disposizioni la presidenza del Consiglio dei Ministri ha emanato la direttiva 3/2017 recante le linee guida sul lavoro agile e dirette a fornire indicazioni inerenti l'organizzazione del lavoro, la gestione del personale per promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, il benessere organizzativo e l'esercizio dei diritti dei lavoratori.

La sperimentazione del lavoro agile ha subito una fase di accelerazione in seguito all'emergenza epidemiologica da Covid-19, diventando modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni. Il Lavoro Agile adottato durante la fase emergenziale ha avuto specifiche caratteristiche e connotazioni che lo hanno differenziato da quello ordinario disciplinato dalla legge 81/2017.

Infine, in un'ottica di superamento del lavoro agile c.d. emergenziale e di ripensamento delle ordinarie modalità di lavoro sulla scorta di un'implementazione dell'utilizzo dell'istituto, l'art. 14, comma 1, Legge n. 124 del 7 agosto 2015, così come modificato dall'art. 263, comma 4 bis, del decreto legge n. 34 del 19 maggio 2020 (c.d. "decreto rilancio"), convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 77 del 17 luglio 2020, ha previsto che le amministrazioni pubbliche redigano il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) entro il 31 gennaio di ciascun anno.

A partire dall'anno 2022, a seguito dell'introduzione da parte del Legislatore, con Decreto Legge n. 80 del 9 Giugno 2021, convertito con modificazioni dalla Legge n. 113 del 6 Agosto 2021, del Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO), il POLA costituisce parte del PIAO. Quest'ultimo ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione.

Il lavoro agile supera la tradizionale logica del controllo sulla prestazione, ponendosi quale patto fiduciario tra l'amministrazione e il lavoratore dipendente, basato sul principio guida "FAR BUT CLOSE", ovvero "lontano ma vicino" teso a porre in evidenza la collaborazione tra l'Amministrazione e i lavoratori per la creazione di valore pubblico, a prescindere dal luogo, dal tempo e dalle modalità che questi ultimi scelgono per raggiungere gli obiettivi perseguiti dall'amministrazione.

Tale principio si basa sui seguenti fattori:

- Flessibilità dei modelli organizzativi
- Autonomia nell'organizzazione del lavoro
- Responsabilizzazione sui risultati
- Benessere del lavoratore
- Utilità per l'amministrazione
- Tecnologie digitali che consentono e favoriscono il lavoro agile
- Cultura organizzativa basata sulla collaborazione e sulla riprogettazione di competenze e comportamenti
- Organizzazione in termini di programmazione, coordinamento, monitoraggio, adozione di azioni correttive
- Equilibrio in una logica che consente all'amministrazione di conseguire i propri obiettivi e ai lavoratori di migliorare il proprio equilibrio vita/lavoro.

Tra i seguenti fattori ricoprono un ruolo strategico la cultura organizzativa e le tecnologie digitali in una logica di gestione del cambiamento organizzativo per valorizzare al meglio le opportunità rese disponibili dalle nuove tecnologie.

La modalità applicativa del Lavoro Agile in un'Azienda Sanitaria ha caratteristiche ovviamente differenziate rispetto ad altre Pubbliche Amministrazioni, non soltanto per la tipologia di attività che, nella stragrande maggioranza dei casi, richiede la presenza fisica dell'operatore sanitario, ma anche, per la tipologia organizzativa dell'Azienda che condizionano le modalità di applicazione.

Solo una minima parte dei sanitari, infatti, può lavorare in tale modalità, mentre il personale addetto a funzioni non sanitarie è generalmente più facilitato.

Il POLA rappresenta lo strumento di programmazione finalizzato all'attuazione del Lavoro Agile, che assicura lo svolgimento dell'attività lavorativa da remoto del personale, in un'ottica di maggiore efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa. La medesima percentuale dovrà essere garantita anche in caso di mancata adozione del Piano.

Tale documento definisce le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti. Nell'ambito degli obiettivi

dell'amministrazione individuati nel Piano della Performance, compreso nel PIAO, l'organizzazione del Lavoro Agile diventa un obiettivo specifico della Performance organizzativa complessiva.

Al fine di supportare le Amministrazioni, il Dipartimento della Funzione Pubblica ha introdotto in data 9 dicembre 2020 specifiche linee guida che forniscono le indicazioni metodologiche per l'elaborazione del POLA.

#### Normativa di riferimento

1. Legge n. 124 del 7 Agosto 2015 art. 14 *"Promozione della condizione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche"*
2. Legge n. 81 del 22 Maggio 2017 recante *"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"*, Capo II *"Lavoro Agile"*.
3. Direttiva n. 3 del 1 Giugno 2017 del Presidente del Consiglio dei Ministri recante *"Indirizzi per l'attuazione dei commi 1 e 2 dell'art.14 della L. 124/ 2015 e Linee guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro di dipendenti"*.
4. Legge n. 77 del 17 Luglio 2020 recante *"Conversione in legge, con modificazioni, del decreto- legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID- 19"*.
5. Linee Guida sul Piano Organizzativo del lavoro agile e indicatori di performance della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica del 9 Dicembre 2020, versione 1.0.
6. Decreto Legge n. 56 del 30 Aprile 2021 recante *"Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi"*.
7. Decreto Legge n. 80 del 9 Giugno 2021, convertito con modificazioni dalla Legge n. 113 del 6 Agosto 2021, recante *"Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia"*.
8. *Le norme del Contratto Collettivo del Comparto 2019/2021 sottoscritto il 2 novembre 2022 che disciplina l'istituto per gli aspetti non riservati alla fonte unilaterale e che costituiscono le modalità di superamento della fase emergenziale per lo sviluppo del lavoro agile. Con l'entrata in vigore dei nuovi CCNL, cesseranno la loro efficacia le Linee guida sopra richiamate nelle parti non compatibili con gli stessi.*

## Oggetto e ambito di applicazione

Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) è disciplinato dall'art. 263 del Decreto Legge n. 34 del 19 maggio 2020, così come convertito dalla Legge n. 77 del 17 Luglio 2020, redatto sulla base delle Linee Guida sul POLA pubblicate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Funzione Pubblica, nel dicembre 2020.

Il POLA, insieme ai principali strumenti di programmazione delle Amministrazioni, deve essere inserito nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione introdotto dall'art. 6 Dlgs. n. 80/2021. Il comma 4 bis del citato articolo 263, modificato dal D.L. n. 56 del 30 aprile 2021, stabilisce che lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile possa essere effettuato dal personale impiegato in attività smartizzabile e che in caso di mancata adozione del POLA, il lavoro agile si applica ai dipendenti, ove lo richiedano.

L'adozione del POLA, quale modalità di organizzazione della prestazione lavorativa, è finalizzata a promuovere:

- dal punto di vista del lavoratore, la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e il miglioramento del benessere organizzativo;
- dal punto di vista dell'Azienda, l'accrescimento della produttività e della qualità del lavoro oltre ad una maggiore flessibilità organizzativa.

Il Lavoro Agile non deve essere confuso con l'istituto del telelavoro, di cui alla Legge n.191 del 1998 e s.m.i. poiché il telelavoro prevede lo spostamento, in tutto o in parte, della sede di lavoro dai locali aziendali ad altra sede (generalmente l'abitazione del lavoratore), ma il dipendente è vincolato, comunque, a lavorare da una postazione fissa e prestabilita, con gli stessi limiti di orario che avrebbe in ufficio. Il carico di lavoro, gli oneri e i tempi della prestazione, sono equivalenti a quelli dei lavoratori che svolgono la prestazione all'interno dei locali aziendali. Al contrario, il Lavoro Agile prevede che la prestazione lavorativa possa essere eseguita in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno ma senza stabilire una postazione fissa, anche se è preferibile, per facilitare l'assistenza tecnica al lavoratore da parte dell'Azienda, conoscere la sede e la dotazione in uso. Si può lavorare da qualsiasi luogo, non si timbra il cartellino e non si fanno pause in orari predefiniti.

Il responsabile di Struttura e il dipendente ridefiniscono in maniera flessibile le modalità, concordando comunque delle fasce orarie di reperibilità al fine di poter avere la certezza di un confronto diretto se necessario. Ciò su cui ci si focalizza è il raggiungimento di obiettivi e dei risultati.

## Attività che possono essere svolte in modalità agile.

In linea generale possono essere svolte in regime di Lavoro Agile le attività che:

- ✓ *siano eseguibili attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche;*
- ✓ *possano essere remotizzabili e tali da non richiedere la costante presenza fisica del lavoratore in sede;*
- ✓ *prevedano l'utilizzo di documenti digitalizzabili;*
- ✓ *richiedano una concentrazione o una creatività particolare per la loro esecuzione;*
- ✓ *non richiedano una relazione costante con il responsabile della Struttura di appartenenza;*
- ✓ *siano pianificabili e verificabili nell'esecuzione e nella misurazione dei risultati.*

### Destinatari

Legittimato a presentare domanda il personale dipendente in servizio presso la ASL Brindisi, sia del Comparto che della Dirigenza con contratto di lavoro a tempo determinato e indeterminato, tempo pieno o parziale, nel rispetto del principio di non discriminazione e di opportunità tra uomo e donna.

Criteri di assegnazione al lavoro agile:

1. Il Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 8.10.2021 stabilisce e le successive Linee guida confermano le seguenti condizionalità per il ricorso al lavoro agile:

- a) l'invarianza dei servizi resi all'utenza;
- b) l'adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza (sul punto si precisa che, in presenza di condizioni di difficoltà a lavorare in presenza, ad esempio figli in DAD o malati, la prevalenza può essere conteggiata sulla durata dell'Accordo e non sulla singola settimana);
- c) l'adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile;
- d) la necessità per l'amministrazione della previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato;
- e) la fornitura di idonea dotazione tecnologica al lavoratore;
- f) la stipula dell'accordo individuale di cui all'articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, cui spetta il compito di definire:
  - 1) gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile;

- 2) le modalità ed i tempi di esecuzione della prestazione;
- 3) le modalità ed i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in Lavoro Agile;
- g) il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti;
- h) la rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario.

2. In linea generale, i responsabili di struttura, nell'autorizzare il Lavoro Agile, tengono anche in debita considerazione i seguenti requisiti di carattere personale, quali ad esempio, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- a) l'affidabilità della persona;
- b) la capacità di lavorare in autonomia per conseguire gli obiettivi assegnati e di far fronte in autonomia ad eventuali imprevisti;
- c) la capacità di valutare criticamente il proprio operato e i risultati raggiunti;
- d) la capacità di gestione del tempo;
- e) le competenze informatiche.

Qualora venissero presentate istanze in numero ritenuto non sostenibile a livello organizzativo, i Direttori/Responsabili di Struttura adottano i seguenti criteri di priorità stabiliti da specifica normativa:

- ✓ dipendente portatore di handicap, debitamente certificato;
- ✓ lavoratori con figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'art. 3, c. 3 della L. 104/1992;
- ✓ condizione di lavoratrice nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall'art. 16 del D. Lgs. 151/2001;
- ✓ dipendenti genitori con figli di età inferiore ai 12 anni;
- ✓ dipendenti che assistono portatori di handicap in situazione di gravità, con adeguata documentazione o dipendenti caregiver.

#### **Attori coinvolti nell'applicazione del lavoro agile**

- a) Ufficio Formazione:

- recepisce la normativa vigente sulla base della quale definisce le linee guida applicative dell'istituto in Azienda, tramite il confronto con la Direzione strategica e l'Area Gestione del Personale;
- aggiorna i dipendenti dell'evoluzione normativa in materia tramite circolari a firma congiunta con l'Area Gestione del Personale;

b) l'Area Gestione del Personale, nell'ambito della gestione amministrativa:

- elabora e aggiorna il POLA;
- riceve, verifica e archivia gli accordi individuali ricevuti;
- inserisce sulla procedura cartellini la relativa autorizzazione;
- effettua le comunicazioni di legge al Ministero del Lavoro ai fini assicurativi;
- verifica le percentuali di lavoratori in regime di Lavoro Agile secondo gli aggiornamenti normativi sul punto;
- supporta le Direzioni di Struttura nel far fronte ad eventuali problematiche di tipo amministrativo che dovessero insorgere;

c) Dirigente responsabile di Struttura:

- garantisce il buon svolgimento delle funzioni di competenza e il rispetto dei tempi normativamente previsti per l'esecuzione delle proprie attività a prescindere dal regime in cui opera il personale;
- organizza il proprio ufficio, anche rivedendo i processi di competenza ed effettuando un'approfondita analisi organizzativa, nell'ottica di un miglioramento continuo e spostando l'attenzione dal controllo alla responsabilità dei risultati;
- mappa le attività che, nell'ambito della Struttura diretta, possono essere svolte in Lavoro Agile definendo e programmando le priorità e gli obiettivi di ciascun lavoratore in Lavoro Agile, verificandone il conseguimento e garantendo l'assenza di qualsiasi forma di discriminazione;
- concorre all'individuazione del personale da avviare alla modalità agile, anche alla luce della condotta dei dipendenti e favorisce la rotazione dello stesso, tesa ad assicurare, nell'arco temporale settimanale o plurisettimanale, un'equilibrata alternanza nello svolgimento dell'attività in modalità agile e di quella in presenza;

d) S.C. Sistemi Informativi Aziendali (S.I.A.)

Verifica l'attuabilità tecnica della prestazione da remoto in base alla dotazione del dipendente e definisce le relative misure di sicurezza tecnica e di comportamento anche per l'attività da remoto.

e) Servizio Prevenzione e Protezione (S.P.P.)

Fornisce le linee guida di comportamento anche per l'attività da remoto.

f) Responsabile Protezione Dati (R.P.D.)

Fornisce le linee guida di comportamento in materia di trattamento dati anche per l'attività da remoto.

g) Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)

Così come per gli indicatori definiti nel Piano della Performance, anche per quanto riguarda il POLA, il ruolo dell'OIV è fondamentale ai fini della valutazione della performance organizzativa.

### Accordo individuale

L'accesso al lavoro agile è subordinato alla sottoscrizione di un accordo individuale tra il dipendente interessato e il Direttore/Dirigente responsabile, redatto in forma scritta ai fini della regolarità amministrativa e della prova ai sensi dell'art. 19 della Legge n. 81/2017. Tale accordo deve contenere i seguenti elementi:

- durata dell'accordo, avendo presente che lo stesso può essere massimo un anno, prorogabile;
- obiettivi da raggiungere;
- la tempistica prevista per il raggiungimento dell'obiettivo (settimanale/mensile/annuale);
- modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere da remoto;
- la strumentazione tecnologica necessaria per l'espletamento dell'attività e relativo software;
- luogo di prestazione del lavoro;
- i tempi di riposo del lavoratore nonché le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;
- modalità di recesso da parte del datore di lavoro, che può avvenire con un preavviso di 30 giorni fornendo specifica motivazione, mentre nel caso di lavoratori disabili tale preavviso deve essere reso nel termine di almeno 90 giorni.

Il dipendente dovrà rendicontare al proprio Direttore/Dirigente responsabile l'attività svolta in regime di Lavoro Agile ed i risultati raggiunti con cadenza periodica (su base settimanale o quindicinale o mensile).

Il Direttore/Dirigente responsabile dovrà verificare che l'accordo soddisfi tutti i requisiti di cui al presente Piano.

Il Lavoro Agile non modifica l'inquadramento e il livello retributivo del dipendente e consente le medesime opportunità rispetto ai percorsi professionali e alle iniziative formative, inoltre lo svolgimento della prestazione lavorativa, secondo questa modalità, non contempla il lavoro straordinario, le prestazioni aggiuntive, né i riposi compensativi.

Al dipendente in Lavoro Agile si applicano la normativa e gli accordi vigenti in materia di diritti sindacali. Nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile il comportamento del dipendente dovrà essere

improntato a principi di correttezza e buona fede e la prestazione dovrà essere svolta in conformità a quanto previsto dai CCNLL vigenti e a quanto indicato nel Codice di Comportamento Aziendale adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 2036 del 18.11.2014.

Ai sensi dell'art. 23, comma 1, della Legge n.81/ 2017 l'accordo per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità di Lavoro Agile e le sue eventuali modificazioni, sono oggetto delle comunicazioni di cui all'art.9 bis del D.L 510/1996 convertito dalla Legge n. 608/1996 attraverso l'apposita piattaforma informatica messa a disposizione sul portale dei servizi del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Dopo tali adempimenti, la Struttura suddetta provvederà ad informare il dipendente e il Direttore/Dirigente responsabile dell'effettivo avvio del lavoro agile.

#### Potere direttivo di controllo e disciplinare

Lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile, non modifica il potere direttivo e di controllo del proprio Direttore/Dirigente responsabile che sarà esercitato analogamente a quello applicato con riferimento alla prestazione resa presso i locali aziendali.

Il potere di controllo sulla prestazione resa al di fuori dei locali aziendali si espliciterà attraverso la verifica dei risultati ottenuti.

Restano fermi gli ordinari criteri di valutazione delle prestazioni secondo il sistema vigente per tutti i dipendenti.

Nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile il comportamento del dipendente dovrà essere improntato ai principi di correttezza e buona fede e la prestazione dovrà essere svolta sulla base di quanto previsto dai CCNLL vigenti e di quanto indicato nel Codice di Comportamento Aziendale della ASL Brindisi adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 2036 del 18.11.2014.

Nell'esecuzione delle prestazioni lavorative, in considerazione delle mansioni ricoperte e in relazione alle finalità legate all'espletamento delle suddette prestazioni lavorative, i dati ai quali il dipendente abbia accesso, devono essere trattati nel rispetto della riservatezza e degli altri diritti fondamentali riconosciuti all'interessato dal Regolamento UE 679/2016 GDPR e dal D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni.

Il trattamento dei dati deve avvenire in osservanza della normativa nazionale vigente, del Disciplinare UE sulla Protezione dei Dati Personali e delle eventuali apposite prescrizioni impartite dall'Amministrazione in qualità di Titolare del Trattamento.

## Luoghi di lavoro

Nelle giornate di Lavoro Agile, il dipendente avrà cura di svolgere la propria attività lavorativa in luoghi rispondenti a requisiti di idoneità, sicurezza e riservatezza e idonei all'uso abituale di supporti informatici in modo da non compromettere l'incolumità e la riservatezza delle informazioni e dei dati trattati nell'espletamento del proprio lavoro.

E' necessario fornire preventivamente un'indicazione del luogo, al fine della corretta copertura INAIL in caso di infortuni di lavoro. Eventuali infortuni sul lavoro devono essere immediatamente comunicati alle strutture di appartenenza per i necessari adempimenti. L'individuazione di uno o più luoghi prevalenti può essere dettata da esigenze connesse alla prestazione lavorativa o dalla necessità di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative.

Ai sensi dell'art. 23 Legge n. 81/2017 il lavoratore è tutelato contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali.

## Orario di lavoro e disconnessione

Il personale autorizzato al Lavoro Agile, può svolgere la prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro, ordinariamente da un minimo di quattro ad un massimo di otto giornate in un mese, da concordare con il Direttore/Dirigente responsabile della struttura di assegnazione.

L'attuazione del Lavoro Agile non modifica la regolamentazione dell'orario di lavoro applicata al dipendente, il quale farà riferimento al normale orario di lavoro con le caratteristiche di flessibilità temporali proprie del Lavoro Agile nel rispetto, comunque, dei limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

L'Azienda riconosce il diritto al lavoratore agile di non leggere e non rispondere ad email, telefonate o messaggi lavorativi e di non telefonare nella fascia oraria al di fuori di quella di contattabilità concordata con il proprio Direttore/Dirigente o durante l'eventuale pausa (diritto alla disconnessione).

Nell'eventualità di malfunzionamenti tecnici di qualsiasi natura tali da comportare disagi nell'espletamento dell'attività di servizio, il dipendente è tenuto a darne tempestiva comunicazione al Direttore/Dirigente responsabile della struttura di appartenenza, che potrà valutare il rientro presso la sede di lavoro per la parte residua della giornata lavorativa e comunque fino alla risoluzione del problema.

L'Azienda in presenza di situazioni emergenziali, nonché per esigenze di servizio rappresentate dal Direttore/Dirigente di riferimento, si riserva di richiedere la presenza in sede del dipendente.

La giornata di Lavoro Agile è suddivisa in due fasce:

- fascia di svolgimento attività standard: 08.00 - 20.00. Durante tale fascia di attività il lavoratore è contattabile attraverso gli strumenti di comunicazione in dotazione e viene garantita una fascia di reperibilità telefonica da riportare nell'accordo individuale; nel caso in cui l'articolazione oraria della giornata preveda anche la prestazione in orario pomeridiano, può essere prevista un'ulteriore fascia di contattabilità, salvo diversi accordi intercorsi tra il dipendente e il proprio Direttore/Dirigente responsabile in caso di particolari esigenze di servizio.
- fascia di disconnessione standard: 20.00 - 08.00. Durante tale fascia non è richiesto lo svolgimento della prestazione lavorativa, la lettura delle mail, la risposta alle telefonate e ai messaggi, l'accesso e la connessione al sistema informativo dell'Amministrazione.

Nei giorni di lavoro agile non sono configurabili prestazioni supplementari, lavoro straordinario, festivo, notturno, di conseguenza, riguardo alla giornata di Lavoro Agile, sono computate, per il personale del comparto un massimo di 6.00 – 7.12 ore giornaliere, a seconda del profilo orario attribuito, mentre per il personale dirigente sono riconosciute 6.20 – 7.36 ore secondo il calendario settimanale di attività, ovvero il diverso orario giornaliero risultante dall'eventuale contratto part – time.

L'attestazione della presenza in servizio, nelle giornate di svolgimento dell'attività lavorativa agile, deve essere effettuata secondo le ordinarie modalità, tramite utilizzo dell'apposita causale giustificativa a intera giornata.

Il dipendente è tenuto a rispettare le norme sui riposi e sulle pause previste per legge e dalla contrattazione collettiva nazionale ed integrativa in materia di salute e sicurezza. In particolare l'obbligo di pausa è obbligatorio dopo 6 ore di lavoro.

### Strumentazione tecnologica

Per il corretto svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile l'Amministrazione sarà tenuta a fornire al dipendente idonea strumentazione tecnologica in relazione alla specifica attività da svolgere e a garantirne la conformità alle disposizioni vigenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

Per accedere alle applicazioni potrà essere utilizzata esclusivamente la connessione Internet fornita dall'Azienda che consentirà la raggiungibilità delle stesse da remoto (Cloud o in alternativa, VPN o accessi in desktop remoto ai server) stabilendo, altresì, che in nessun caso il lavoratore agile, nello svolgimento delle ordinarie prestazioni di servizio, potrà utilizzare un'utenza personale o domestica.

Il dipendente dovrà utilizzare la dotazione tecnologica in conformità alle istruzioni ricevute, e soltanto per le finalità strettamente correlate alla prestazione lavorativa, prestando tutta la necessaria diligenza nella custodia della stessa in modo tale da evitarne il danneggiamento e lo smarrimento.

La manutenzione della strumentazione e dei relativi software è a carico dell'Amministrazione.

L'utilizzo di supporti informatici correlati allo svolgimento della prestazione lavorativa di proprietà del dipendente può essere consentita, in via eccezionale, per il periodo necessario all'acquisizione da parte dell'Azienda della strumentazione idonea.

Eventuali impedimenti tecnici allo svolgimento dell'attività lavorativa durante il Lavoro Agile dovranno essere tempestivamente comunicati al proprio Direttore/Dirigente responsabile, per la soluzione del problema, coinvolgendo il Servizio Sistemi Informativi.

### Formazione

Al fine di accompagnare il percorso di introduzione e consolidamento del Lavoro Agile, nell'ambito delle attività del piano della formazione, saranno previste specifiche iniziative formative per il personale autorizzato a tale modalità di svolgimento della prestazione lavorativa.

### Riservatezza, privacy e sicurezza sul lavoro

Al Lavoro Agile si applicano le disposizioni in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori in particolare quelle di cui al D.lgs. 81/2008 e della L. 81/2017 avente ad oggetto "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".

Riguardo alla sicurezza sul lavoro l'Amministrazione:

- garantisce la conformità alla normativa di sicurezza degli strumenti tecnologici assegnati;
- consegna annualmente al lavoratore e al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, e, comunque, prima dell'avvio dell'attività, un'informativa scritta nella quale sono individuati i rischi generali e quelli specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione della prestazione.

Il dipendente è tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dall'Amministrazione per fronteggiare i rischi.

Il lavoratore 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 è altresì tutelato 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 decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni, 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.

Il lavoratore che svolge la propria prestazione in modalità di Lavoro Agile è comunque tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione indicate dal datore di lavoro, al fine di fronteggiare eventuali rischi connessi all'esecuzione della prestazione all'esterno dei locali aziendali.

In occasione dello svolgimento della prestazione lavorativa il dipendente dovrà custodire con diligenza la documentazione, i dati e le informazioni ottenuti in ragione del servizio, attenersi scrupolosamente alle istruzioni ricevute dal Dirigente responsabile in relazione all'esecuzione del lavoro, nonché al rispetto di quanto previsto dal Regolamento UE n. 679/2016 e del Dlgs. n. 196/2003 in materia di privacy e protezione dei dati personali.

Il dipendente dovrà tempestivamente informare il Direttore/Dirigente responsabile e il DPO nel caso in cui si verifici, nell'ambito della sua attività, una violazione dei dati personali oggetto del trattamento che metta a rischio i diritti e le libertà delle persone fisiche.

L'Amministrazione rende accessibile al dipendente tutte le informazioni e i documenti necessari all'esecuzione delle proprie mansioni, rimanendo comunque obbligata alla protezione degli stessi e adotta misure e soluzioni tecniche idonee a prevenire la perdita nonché la diffusione dei dati, tanto nel rispetto dei principi di riservatezza nei confronti del dipendente, quanto a tutela dei propri interessi aziendali.

### **Esperienza di Lavoro Agile nella ASL Brindisi**

La Asl Brindisi ha attivato il lavoro Agile durante il periodo pandemico nella forma semplificata prevista dal Decreto Legge n. 18 del 17 marzo 2020, convertito con modificazioni dalla L. n. 27 del 24 aprile 2020.

Con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 995/GC del 18.04.2023 si approvava il Regolamento per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità *Smart-Working*-Lavoro Agile, ai sensi della legge 22 maggio 2017, n.81.

N. 1172 del registro delle deliberazioni num. prop. 1266 del 31-05-2024  
*Ufficio proponente: U.O.C. Area Gestione del Personale*  
*U.O.S. Tratt.to Giur.co, Econ.co Prev.le*

**OGGETTO:** Regolamento per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità Smart Working- Lavoro Agile. Revisione e contestuale adozione.

Il giorno 04/06/2024  
presso la sede dell'Azienda Sanitaria Locale BR sita in Brindisi alla Via Napoli n. 8;

-----

Sull'argomento in oggetto il Direttore Vicario dell'Area Gestione del Personale, Avv. Luigi SPINA, sulla base della relazione svolta dal Dirigente Responsabile del U.O.S. Trattamento Giuridico, Economico e Previdenziale, dott. Gabriele ARGENTIERI, che con la sottoscrizione della presente proposta viene confermata, propone quanto segue:

PREMESSO che la modalità di lavoro agile (smart working) trova la propria fonte normativa "ordinaria" nella legge 22 maggio 2017, n. 81 recante "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" nella prospettiva di un incremento della competitività e di una maggiore possibilità di conciliazione dei tempi di vita e lavoro;

CONSIDERATO che lo scopo della citata legge è quello di incrementare la competitività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, promuovendo 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 utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa;

ATTESO che la predetta legge ha introdotto, nel Capo II (ovvero la parte che comprende gli articoli da 18 a 24), una disciplina organica del lavoro agile (smart working);

CONSIDERATO che, ai sensi di quanto previsto dall'art. 18, comma 3, della L. n. 81/2017, le disposizioni che disciplinano il lavoro agile si applicano, in quanto compatibili, anche nei rapporti di lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, secondo le direttive emanate anche ai sensi dell'articolo 14 della legge 7 agosto 2015, n. 124;

CONSIDERATO che ai sensi dell'art. 6 del D.L. n. 80 del 2021 convertito in legge n 113 del 06.08.2021 " ... Omissis ... Per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e re-ingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, le pubbliche amministrazioni ... Omissis ...adottano il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) ..."

ATTESO che, ai sensi e per gli effetti dell'art. 6 di cui al punto precedente, il PIAO definisce tra l'altro la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile;

ATTESO che con deliberazione n. 231 del 31.01.2024 l'ASL di Brindisi ha approvato il PIAO 2024 che contiene il piano organizzativo del lavoro agile (cd. POLA);

CONSIDERATO che, il PIAO aziendale, di cui al punto che precede, contiene l'apposita sottosezione, e segnatamente, fatte le dovute premesse, tratta del lavoro agile sotto il profilo dei livelli di attuazione, modalità attuative, organizzazione del lavoro agile, spazio di lavoro, dotazione tecnologica, soggetti, processi e strumenti del lavoro agile, monitoraggio e programma di sviluppo.

DATO ATTO che il CCNL Comparto Sanità 2019-2021 sottoscritto in data 02.11.2022, al Titolo VI disciplina il "lavoro a distanza" e, in particolare, il Capo I il Lavoro Agile;

VISTO che il "Regolamento per lo svolgimento della prestazione in modalità lavoro agile (smart working)", allegato al presente atto, è redatto in conformità al POLA inserito nel PIAO Aziendale approvato con deliberazione n. 223 del 31.01.2023 nonché alle previsioni di cui al Titolo VI del CCNL Comparto Sanità 2019-2021 sottoscritto in data 02.11.2022;

DATO ATTO che con Deliberazione n. 995 del 18.04.2023 è stato adottato il Regolamento per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità Smart Working- Lavoro Agile;

DATO ATTO che con nota prot. n. 2353 del 09.01.2024, a seguito della Direttiva del 29 dicembre 2023 del Ministro per la Pubblica Amministrazione, è stata disposta la sospensione del vigente Regolamento al fine di modificarlo e adattarlo alla citata Direttiva;

DATO ATTO che in sede di riunione delle Delegazioni Trattanti tenutasi in data 29.04.2024 è stato discusso il Regolamento in oggetto;

ATTESO che il "Regolamento per lo svolgimento della prestazione in modalità lavoro agile (smart working)", allegato al presente atto, dovrà essere trasmesso ai Direttori/Dirigenti delle Strutture per gli adempimenti di competenza e specificati nell'art. 7 del predetto atto;

VISTI la legge n. 81 del 2017, il CCNL Comparto Sanità 2019-2021, nonché il PIAO Aziendale e, in particolare, il POLA che ne costituisce parte, approvato con deliberazione n. 231 del 31/01/2024;

TANTO PREMESSO, si propone l'adozione dell'atto deliberativo avente ad oggetto: "Regolamento per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità Smart Working- Lavoro Agile. Adozione.", di cui, ognuno dei sottoscrittori, nell'ambito della propria competenza, attesta la legittimità e conformità alla vigente normativa europea, nazionale e regionale.

Il Dirigente U.O.S. Trattamento Giur.co, Econ.co e Prev.le  
(Dott. Gabriele ARGENTIERI)

\_\_\_\_\_ f.to \_\_\_\_\_

Il Direttore Vicario Area Gestione del Personale  
(Avv. Luigi SPINA)

\_\_\_\_\_ f.to \_\_\_\_\_

## IL DIRETTORE GENERALE

**Dott. Maurizio DE NUCCIO, nominato quale Direttore Generale della A.S.L. di Brindisi con Deliberazione della Giunta Regionale Pugliese n. 1237 del 10.08.2023, coadiuvato dal Direttore Amministrativo avv. Loredana CARULLI e dal Direttore Sanitario dott. Vincenzo GIGANTELLI;**

ESAMINATA e FATTA propria la relazione istruttoria e la proposta del Direttore Vicario dell'Area Gestione del Personale, Avv. Luigi SPINA;

ACQUISITO il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario per quanto di propria competenza;

### DELIBERA

Per i motivi esposti in premessa che qui si intendono integralmente riportati per costituirne parte integrante:

1. Di revisionare e contestualmente adottare il “Regolamento per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità Lavoro Agile (Smart Working)”, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;
2. di trasmettere il presente atto a tutti i Direttori/Dirigenti di unità operative della ASL di Brindisi per gli adempimenti di competenza e specificati nell'art. 7 del predetto atto;
3. di trasmettere il presente atto alle Rappresentanze Sindacali Aziendali;
4. di dare atto che il presente provvedimento è immediatamente esecutivo;
6. di riservarsi di apportare modifiche e/o integrazioni all'allegato Regolamento qualora si rendessero necessarie a seguito di interventi di natura normativa e/o contrattuale.

**Il Direttore Amministrativo**

(avv. Loredana CARULLI)

f.to \_\_\_\_\_

**Il Direttore Sanitario**

(dott. Vincenzo GIGANTELLI)

f.to \_\_\_\_\_

**Il Direttore Generale**

(dott. Maurizio DE NUCCIO)

f.to \_\_\_\_\_

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BRINDISI**

<b>PER COPIA CONFORME AD USO AMMINISTRATIVO</b>	<b>CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE</b>
Brindisi _____  Il Responsabile _____	<b>PUBBLICATA ALL'ALBO PRETORIO ON LINE DI QUESTA AZIENDA SANITARIA</b>  dal <u>04/06/2024</u> al _____  Data _____  Il Responsabile _____



ASL Brindisi

PugliaSalute

# **REGOLAMENTO LAVORO AGILE O SMART WORKING**

## Sommario

Art. 1 – DEFINIZIONI, NORMATIVA DI RIFERIMENTO E AMBITO DI APPLICAZIONE	p. 1
Art. 2 - OBIETTIVI	p. 2
Art. 3 – DESTINATARI	p.3
Art. 4 – CONDIZIONI PER L’APPLICAZIONE DEL LAVORO AGILE	p. 3
Art. 5 - CRITERI DI ASSEGNAZIONE DEL LAVORO AGILE	p. 4
Art. 6 - CONCRETE MODALITA’ DI SVOLGIMENTO DEL LAVORO AGILE	p. 4
Art. 7 – PROCEDURA DI ACCESSO AL LAVORO AGILE	p. 6
Art. 8 – RILEVAZIONE DELLA PRESENZA	p. 7
Art. 9 - MONITORAGGIO DEL LAVORO AGILE	p. 7
Art. 10 - RECESSO	p. 8
Art. 11 - SICUREZZA SUL LAVORO E COPERTURA ASSICURATIVA	p. 8
Art. 12 - PRIVACY E TRATTAMENTO DATI PERSONALI	p. 9
Art. 13- ENTRATA IN VIGORE E DISPOSIZIONI FINALI	p. 9
Allegato 1: ACCORDO INDIVIDUALE DI ATTIVAZIONE DEL LAVORO AGILE	
Allegato 2: INFORMATIVA PRIVACY	
Allegato 3: INFORMATIVA IN ORDINE AI RISCHI GENERALI E SPECIFICI DEI LAVORATORI	
Allegato 4: MANUALE INFORMATIVO SUI RISCHI LEGATI ALL’UTILIZZO DEL VIDEOTERMINALE IN MODALITÀ LAVORO AGILE	
Allegato 5: ISTRUZIONI OPERATIVE – SMART WORKING / COLLEGAMENTO REMOTO	
Allegato 6: COLLEGAMENTO REMOTO – OBBLIGHI DI RISERVATEZZA, SEGRETEZZA E SICUREZZA	
Allegato 7: MODELLO RENDICONTAZIONE SMART WORKING	
Allegato 8: MODELLO COMUNICAZIONE Accordo DI LAVORO AGILE (Art. 23, c. 1, L.81/2017)	

## **ART. 1**

### **DEFINIZIONI, NORMATIVA DI RIFERIMENTO E AMBITO DI APPLICAZIONE**

L'accesso al lavoro agile nella ASL BRINDISI è consentito nei modi e limiti previsti dal presente Regolamento e nel rispetto delle procedure di seguito indicate.

Ai fini del presente Regolamento si intende per:

- "Lavoro agile" o "smart working", una modalità flessibile di esecuzione del rapporto di lavoro connotata dalle seguenti caratteristiche:
  - svolgimento dell'attività lavorativa all'esterno della sede di lavoro e senza precisi vincoli d'orario, fatte salve le fasce di contattabilità e fermo il diritto del dipendente di disconnettersi dalle strumentazioni tecnologiche e dalle piattaforme informatiche utilizzate per svolgere la prestazione lavorativa, secondo le modalità stabilite con l'accordo individuale;
  - utilizzo per il lavoro agile di strumenti messi a disposizione in parte dall'Amministrazione e in parte dal dipendente.
- "Attività espletabili in modalità smart o agile", le attività che non necessitano di una costante permanenza nella sede di lavoro.
- "Accordo individuale di lavoro agile", l'accordo bilaterale sottoscritto tra il dipendente e il Direttore/Responsabile della Struttura che specifica modalità e contenuti della prestazione da rendere al di fuori della sede di servizio.
- "Amministrazione", la ASL di Brindisi.
- "Strumenti di lavoro agile", la dotazione tecnologica necessaria per l'esecuzione della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro.
- "Sede di lavoro", la sede abituale di servizio del dipendente.

## **ART. 2 OBIETTIVI**

Il lavoro agile persegue le seguenti finalità:

1. favorire, attraverso lo sviluppo di una cultura gestionale orientata al risultato, un incremento di efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa, un incremento di produttività;
2. ridurre il tasso di assenteismo;
3. promuovere una visione dell'organizzazione del lavoro ispirata ai principi della flessibilità, dell'autonomia e della responsabilità;
4. favorire l'informatizzazione dei processi e la diffusione di tecnologie e competenze digitali;
5. conciliare vita lavorativa e vita familiare dei dipendenti;
6. riprogettare gli spazi di lavoro realizzando economie di gestione;
7. promuovere la mobilità sostenibile tramite la riduzione degli spostamenti casa-lavoro-casa, nell'ottica di una politica ambientale sensibile alla diminuzione del traffico urbano in termini di volumi e di percorrenze.

### **ART. 3 DESTINATARI**

La modalità di lavoro agile può essere richiesta da tutto il personale del comparto in servizio presso l'Azienda sia con contratto di lavoro a tempo indeterminato che determinato, pieno, parziale o ad orario ridotto, compatibilmente con l'organizzazione dei servizi e del lavoro così come definito dall'art. 4.

Non può essere autorizzato allo smart working il personale che non abbia concluso il periodo di prova.

### **ART. 4**

#### **CONDIZIONI PER L'APPLICAZIONE DEL LAVORO AGILE**

La prestazione può essere eseguita in modalità agile o è "smartizzabile", quando sussistano le seguenti condizioni:

- è possibile delocalizzare le attività assegnate al dipendente senza che sia necessaria la sua costante presenza fisica nella sede di lavoro o sia necessaria una relazione costante con il Direttore/Responsabile della  
Struttura di appartenenza o con i colleghi;
- le attività siano eseguibili attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche e prevedano l'utilizzo di documenti digitalizzabili;
- lo svolgimento della prestazione in modalità agile non pregiudica in alcun modo la qualità dei servizi erogati all'utenza;
- l'ufficio al quale il dipendente è assegnato ha definito un piano di smaltimento del lavoro arretrato;
- le attività siano pianificabili e verificabili nell'esecuzione e nella misurazione dei risultati;
- lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile risulta coerente con le esigenze organizzative e funzionali dell'ufficio al quale il dipendente è assegnato;
- il dipendente gode di autonomia operativa ed ha la possibilità di organizzare l'esecuzione della prestazione lavorativa nel rispetto degli obiettivi prefissati.

Sono escluse dallo svolgimento in modalità di lavoro agile:

1. le attività socio-assistenziali e di cura richiedenti contatto diretto con i pazienti;
2. le attività da prestare su turni;
3. le attività che richiedono l'utilizzo costante di strumentazione non remotizzabile;
4. le attività di segreteria della Direzione Generale;
5. le attività di commissioni di gara e di concorso;
6. le attività per cui è necessario un contatto in presenza con il pubblico;
7. le attività per le quali è necessaria la presenza nella sede di lavoro istituzionale (per esempio, magazzino, laboratori, ecc...).

Il Direttore/Responsabile di Struttura, in accordo con la Direzione Sanitaria o Amministrativa di competenza, individua non solo delle attività che possono essere svolte in modalità agile, ma anche del personale destinato a tale modalità.

#### **ART. 5 CRITERI DI ASSEGNAZIONE DEL LAVORO AGILE**

Nell'affidamento dell'attività da svolgere con modalità di lavoro agile, la cui attivazione avviene su base volontaria del dipendente, i Direttori/Responsabili di Struttura devono tenere in particolare considerazione alcuni requisiti di carattere soggettivo, quali ad esempio, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- a) la capacità di lavorare in modo autonomo per conseguire gli obiettivi assegnati e far fronte ad eventuali imprevisti;
- b) la capacità di analizzare la propria attività e di riportarla in termini di risultati raggiunti;
- c) la capacità di gestione del tempo e del proprio operato;
- d) le competenze informatiche.

Qualora siano presentate richieste in numero ritenuto non sostenibile a livello organizzativo, i Direttori/Responsabili di Struttura adottano i seguenti criteri di priorità stabiliti da specifica normativa:

- ✓ dipendente portatore di handicap, debitamente certificato;
- ✓ lavoratori con figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'art. 3, c. 3 della L. 104/1992;
- ✓ condizione di lavoratrice nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall'art. 16 del D. Lgs. 151/2001;
- ✓ dipendenti genitori con figli di età inferiore ai 12 anni;
- ✓ dipendenti che assistono portatori di handicap in situazione di gravità, con adeguata documentazione o dipendenti caregiver.

Ai soggetti affetti da patologie individuate dal Decreto del Ministero della Salute del 04.02.2022 si garantisce, ai sensi della legislazione vigente, la più ampia fruibilità di questa modalità di svolgimento della prestazione lavorativa.

I requisiti di priorità devono essere posseduti al momento della presentazione della richiesta.

#### **ART. 6 CONCRETE MODALITA' DI SVOLGIMENTO DEL LAVORO AGILE**

1. Fermo restando che la prestazione lavorativa in presenza deve essere prevalente rispetto a quella resa in modalità agile, nonché il principio dell'adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione del lavoro in tale modalità, il dipendente ammesso al lavoro agile può svolgere la prestazione al di fuori della sede di lavoro ordinariamente **per un massimo di 8 giorni al mese**, traducendosi, di norma, in **2 giorni settimanali**, non frazionabili ad ore, secondo un calendario da concordare preventivamente con la Struttura di appartenenza.

2. Il personale deve collocare la **contattabilità nelle fasce orarie all'interno del range 8.00 -18.00** e definite in accordo con il Direttore/Responsabile di Struttura anche al fine di garantire un ottimale svolgimento della prestazione lavorativa. La fascia di contattabilità è il periodo in cui il lavoratore è contattabile sia telefonicamente che via e-mail o con altre modalità simili. Tale fascia oraria non può essere superiore all'orario medio giornaliero di lavoro.
3. Fatte salve le fasce di contattabilità di cui al punto 2, al lavoratore in modalità agile è garantito il rispetto dei tempi di riposo nonché il "diritto alla disconnessione" dalle strumentazioni tecnologiche. L'Istituto infatti riconosce il diritto al lavoratore agile di non leggere e non rispondere a mail, telefonate o messaggi lavorativi e di non telefonare nel periodo fuori dalla fascia oraria di contattabilità concordata con il proprio Direttore/Responsabile (diritto alla disconnessione o inoperatività). La fascia di inoperatività deve ad ogni modo comprendere il periodo di 11 ore di riposo consecutivo previsto dai CC.CC.NN.LL. nonché il periodo di lavoro notturno tra le ore 22:00 e le ore 06:00 del giorno successivo.
4. i dipendenti che si avvalgono delle modalità di lavoro agile non subiscono penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità, della progressione di carriera e del computo dell'anzianità di servizio. L'assegnazione del dipendente a progetti di lavoro agile non incide sulla natura giuridica del rapporto di lavoro subordinato in atto, né sul trattamento economico in godimento.
5. Solo nelle fasce di contattabilità, cioè di lavoro attivo, il lavoratore può richiedere, ove ne ricorrano i relativi presupposti, la fruizione dei permessi orari previsti dai contratti collettivi di riferimento o dalle norme di legge quali, a titolo esemplificativo, i permessi per motivi personali o familiari, i permessi sindacali, i permessi per assemblea, i permessi di cui all'art. 33 della legge n.104/1992. Il dipendente che fruisca dei suddetti permessi, per la durata degli stessi, è sollevato dagli obblighi stabiliti per le fasce di contattabilità. Non è consentito il recupero orario frazionato.
6. Nelle giornate rese in modalità agile non è previsto il riconoscimento di prestazioni di lavoro straordinario, disagiato, lavoro svolto in condizioni di rischio, prestazioni aggiuntive, indennità notturne e festive.
7. non è prevista l'effettuazione di trasferte e il pagamento delle relative indennità, in quanto incompatibili con lo smart working. Non sono nemmeno effettuabili eventuali prestazioni lavorative autorizzate ex art. 53, c. 6 del D. Lgs. 165/2001.
8. Il luogo in cui espletare l'attività lavorativa è scelto dal dipendente, nel rispetto di quanto indicato nell'informativa sulla sicurezza dei luoghi di lavoro di cui all'articolo 11 e ferma l'osservanza delle prescrizioni in materia di protezione della rete e dei dati dell'Amministrazione contenute nell'articolo 13 del presente Regolamento, affinché non sia pregiudicata la tutela del lavoratore e la riservatezza dei dati di cui dispone per ragioni d'ufficio. Il luogo prescelto dovrà essere preferibilmente in ambienti al chiuso e all'interno del territorio nazionale.
9. Nel caso d'impossibilità a svolgere la prestazione in modalità agile o al verificarsi di problematiche di natura tecnica connesse al malfunzionamento dei sistemi informatici, il dipendente è tenuto a darne tempestiva comunicazione al dirigente che potrà richiamare il dipendente a lavorare in presenza. In caso di ripresa del lavoro in presenza, il lavoratore è tenuto a completare la propria

- prestazione lavorativa fino al termine del proprio orario di lavoro. In alternativa al rientro in sede, il dipendente potrà prendere un giorno di ferie o altro istituto che autorizzi le assenze del personale.
10. Il dirigente dell'ufficio ha la facoltà di richiedere la presenza in sede del dipendente e di modificare unilateralmente le date concordate per il lavoro agile in qualsiasi momento per straordinarie e non preventivabili esigenze di servizio, che dovranno essere comunicate al lavoratore agile per iscritto almeno un giorno prima.
  11. Il dipendente che svolge la prestazione in modalità agile è tenuto ad elaborare un report delle attività svolte in tale modalità, a cadenza giornaliera, settimanale o mensile secondo le indicazioni del Direttore/Responsabile.
  12. Durante le giornate in lavoro agile, le ordinarie funzioni gerarchiche e/o di coordinamento naturalmente inerenti il rapporto di lavoro subordinato sono mantenute.
  13. Il dipendente in lavoro agile è soggetto al rispetto del vigente Codice disciplinare e dei vigenti Codici di comportamento e all'applicazione delle sanzioni ivi previste.
  14. Per lo svolgimento del lavoro agile la ASL Brindisi fornisce gli applicativi aziendali (o in uso all'azienda). Il lavoratore, per lo svolgimento dell'attività lavorativa, si impegna a mettere a disposizione attrezzature informatiche personali fino alla definizione della procedura per l'acquisizione di pc aziendali.
  15. Il dipendente è tenuto a fornire il proprio numero di utenza telefonica (fisso o cellulare) al fine della contattabilità. Può essere autorizzato l'utilizzo di dispositivi personali. Nel caso si rendesse indispensabile l'uso del proprio apparecchio telefonico per effettuare chiamate all'esterno, si raccomanda, ai fini della riservatezza, di rendere nascosto il proprio ID.
  16. Ogni altro costo economico collegato direttamente o indirettamente allo svolgimento della prestazione in modalità di lavoro agile (ad es. elettricità, riscaldamento, connessioni telefoniche, ecc.) è a totale carico del dipendente.
  17. I lavoratori sono tenuti a custodire con diligenza la documentazione utilizzata per lo svolgimento del lavoro agile, i dati e gli strumenti tecnologici eventualmente messi a disposizione o necessari allo svolgimento della prestazione.

## **ART. 7 PROCEDURA DI ACCESSO AL LAVORO AGILE**

L'accesso al lavoro agile prevede l'adesione volontaria del lavoratore e avviene su richiesta individuale del lavoratore.

Il lavoratore interessato a svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile lo comunica in forma scritta (via mail, lettera, ecc..) al Direttore/Responsabile della Struttura cui è assegnato. Il Direttore/Responsabile che riceve la comunicazione valuta se ricorrano le condizioni di cui all'art. 4. L'eventuale diniego di ammissione al lavoro agile deve essere motivato e comunicato al lavoratore richiedente con le stesse forme con le quali il lavoratore ne ha fatto richiesta. L'iter di approvazione delle proposte deve concludersi entro 15 giorni dalla data di presentazione della proposta stessa.

Se, invece, le valutazioni e le verifiche da parte del Direttore/Responsabile in merito alla manifestazione di interesse ad accedere al lavoro agile si concludono positivamente:

- si procede con la sottoscrizione dell'accordo individuale tra dipendente interessato e Direttore/Responsabile.

L'accordo individuale è stipulato per iscritto ai fini della regolarità amministrativa e della prova e la sottoscrizione in tutte le sue parti, secondo il format allegato, è condizione necessaria per l'attivazione del rapporto in modalità agile e definisce il progetto individuale oggetto di tale attività. Tale accordo deve inoltre contenere:

- le informazioni identificative del dipendente e della Struttura di appartenenza;
- la durata del periodo di smart working, che può arrivare sino ad un massimo di un anno, prorogabile;
- gli obiettivi generali e specifici da perseguire nonché le attività da svolgere; ○ il calendario delle giornate in cui il dipendente lavorerà in lavoro agile;
- le fasce di contattabilità e di diritto alla disconnessione o inoperatività concordate con il Responsabile;
- gli obblighi connessi all'espletamento dell'attività in modalità agile e forme di esercizio del potere direttivo e di controllo del dirigente sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'Amministrazione;
- le modalità di verifica del raggiungimento degli obiettivi;
- le modalità di eventuale recesso dallo svolgimento dell'attività in smart working;
- il luogo di prestazione del lavoro agile.

All'accordo individuale sono allegati, costituendone parte integrante:

- il documento contenente le prescrizioni in materia di sicurezza della rete e dei dati dell'Amministrazione;
- l'informativa scritta in materia di tutela della salute e sicurezza del dipendente nei luoghi di lavoro.

L'accordo, sottoscritto e compilato in maniera puntuale in tutte le sue parti, compresi gli allegati, dovrà essere trasmesso in originale all'ufficio protocollo, il quale provvederà ad inviarlo alla Area Gestione del Personale e all'Area Gestione Tecnica – Settore Informatico per gli adempimenti di competenza.

Nell'eventualità in cui sia necessario attivare per il dipendente le credenziali per il collegamento remoto alla rete aziendale, la trasmissione dell'accordo dovrà specificare nell'oggetto: "Trasmissione accordo per smart working e Richiesta Collegamento Remoto" ed avere allegato il modulo denominato "collegamento remoto – obblighi di riservatezza, segretezza e sicurezza".

## **ART. 8 RILEVAZIONE DELLA PRESENZA**

Le giornate di lavoro agile, preventivamente stabilite nell'accordo individuale vanno comunicate agli uffici rilevazione presenze della Struttura dove è incardinato il dipendente autorizzato al lavoro agile e inserite con la causale "PER-LAVOROAGILE L. 81/2017".

## **ART. 9 MONITORAGGIO DEL LAVORO AGILE**

Il lavoratore invierà al Direttore/Responsabile, nelle modalità e coi tempi stabiliti, il rapporto delle attività svolte tramite apposito modulo allegato all'accordo stesso (Mod. rendicontazione sw) o diverso modello concordato col Direttore/Responsabile al fine di consentire il monitoraggio delle attività.

Il Direttore/Responsabile di Struttura, verifica l'adempimento delle attività assegnate ai dipendenti in smart working e il raggiungimento degli obiettivi assegnati che devono essere sempre puntuali e misurabili. Le componenti della misurazione e della valutazione delle performance individuale dello smart worker fanno riferimento sia ai risultati raggiunti, in termini di efficacia quantitativa, qualitativa, produttiva e temporale, che ai comportamenti, in termini di responsabilità individuale rispetto all'organizzazione dell'attività lavorativa e comunicazione.

L'attività svolta in modalità di lavoro agile è oggetto di valutazione nell'ambito del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.

#### **ART. 10 RECESSO**

Durante il periodo di svolgimento dell'accordo di lavoro agile, sia il Direttore/Responsabile che il lavoratore agile possono, con un preavviso non inferiore a 30 giorni e fornendo specifica motivazione, recedere dall'accordo e interromperne l'esecuzione prima della sua naturale scadenza. Nel caso di lavoratori con disabilità, ai sensi dell'art. 1 della legge 12 marzo 1999, n. 68, il termine di preavviso non può essere inferiore a 90 giorni, ai sensi della legge n. 81/2017.

Le parti possono recedere dall'accordo in qualunque momento, senza preavviso, in caso di giustificato motivo. Costituiscono ipotesi di giustificato motivo:

- il venir meno delle condizioni che consentono al lavoratore agile il rispetto delle prescrizioni in materia di sicurezza sul lavoro;
- l'inosservanza degli obblighi connessi all'espletamento dell'attività in modalità agile indicati nell'accordo individuale;
- il mancato raggiungimento degli obiettivi previsti con valutazione negativa;
- comprovata impossibilità di svolgimento in autonomia dell'attività assegnata;
- sopravvenute ed oggettive esigenze organizzative e produttive;
- importanti e motivate esigenze personali del dipendente;
- gravi inadempimenti del dipendente (ad esempio comprovata e reiterata inaccessibilità del dipendente; inosservanza delle prescrizioni in materia di riservatezza e sicurezza dei dati;
- problemi di sicurezza informatica; ecc...).

#### **ART. 11 SICUREZZA SUL LAVORO E COPERTURA ASSICURATIVA**

La ASL Brindisi consegna al singolo dipendente l'informativa scritta con indicazione dei rischi generali e dei rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione della prestazione lavorativa, fornendo indicazioni utili affinché il lavoratore possa operare una scelta consapevole del luogo in cui espletare l'attività lavorativa.

Il dipendente è tenuto, nella scelta dei luoghi di svolgimento della prestazione lavorativa a distanza, ad accertare la presenza delle condizioni che garantiscono la sussistenza delle condizioni minime di tutela della sua salute e sicurezza.

L'Azienda non risponde degli infortuni verificatisi a causa della mancata diligenza del lavoratore anche in ordine alla scelta di un luogo non compatibile per lo svolgimento in sicurezza dell'attività in modo agile.

Al lavoratore agile è riconosciuto il diritto alla tutela contro gli infortuni e le malattie professionali connessi allo svolgimento della prestazione lavorativa all'esterno dei locali aziendali anche in conformità alle disposizioni di cui all'art. 23 della L. 81/2017.

## **ART. 12 PRIVACY E TRATTAMENTO DATI PERSONALI**

Il lavoratore - in qualità di "incaricato" al trattamento dei dati personali per conto dell'Azienda – dovrà osservare tutte le istruzioni e le misure di sicurezza di cui alla nomina ad incaricato anche presso il luogo di prestazione lavorativa fuori sede.

Nell'esecuzione della prestazione lavorativa in modalità agile il lavoratore è tenuto al rispetto degli obblighi di riservatezza previsti dalla normativa vigente.

Il dipendente è, altresì, tenuto ad adottare tutte le precauzioni idonee a impedire la visualizzazione da parte di estranei e/o la dispersione dei dati e delle informazioni trattate ed è responsabile della sicurezza dei dati anche in relazione ai rischi collegati alla scelta di un'adeguata postazione di lavoro.

La struttura competente in materia di sistemi informatici adotta soluzioni tecnologiche idonee a consentire il collegamento dall'esterno alle risorse informatiche dell'ufficio necessarie allo svolgimento delle attività previste, nel rispetto di standard di sicurezza equivalenti a quelli garantiti alle postazioni lavorative presenti nei locali dell'Amministrazione.

Le medesime strutture determinano, altresì, le prescrizioni tecniche per la protezione della rete e dei dati alle quali il dipendente deve attenersi nello svolgimento dell'attività fuori dalla sede di lavoro. Tali prescrizioni confluiscono in un allegato all'accordo individuale, costituendone parte integrante e sostanziale.

Restano ferme le disposizioni in materia di responsabilità, infrazioni e sanzioni contemplate dalle leggi e dal codice di comportamento dei dipendenti pubblici, che trovano integrale applicazione anche ai lavoratori agili.

Il Trattamento dei dati personali del dipendente autorizzato allo svolgimento di lavoro agile avviene secondo le modalità di cui all'allegata Informativa sul trattamento dati resa ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679. Copia di tale informativa è altresì reperibile nell'area intranet aziendale, sezione Privacy.

## **ART. 13 ENTRATA IN VIGORE E DISPOSIZIONI FINALI**

1. Resta ferma l'applicazione, ai lavoratori interessati dal lavoro agile, del C.C.N.L. e di tutte le disposizioni vigenti che non siano incompatibili con le modalità di espletamento del lavoro agile.
2. Il presente provvedimento, che istituisce il lavoro agile ordinario, entra in vigore dalla data di pubblicazione della Deliberazione del Commissario Straordinario che lo contiene. Con l'emanazione del presente Regolamento cessano di avere efficacia le precedenti disposizioni aziendali in materia di lavoro agile.

3. Le informative in ordine ai rischi generali e specifici dei lavoratori in smart working,, nonché in tema di trattamento dei dati personali e delle istruzioni operative informatiche sono allegate al presente Regolamento.
4. Il presente Regolamento potrà essere aggiornato a seguito dell'entrata in vigore del nuovo C.C.N.L. o di modifiche e integrazioni delle leggi sul lavoro agile.

## ACCORDO INDIVIDUALE DI ATTIVAZIONE DEL LAVORO AGILE

AI SENSI DELLA LEGGE 81/2017 e s.m. e i. E DEL REGOLAMENTO della ASL BRINDISI

Tra il Direttore/Responsabile della Struttura \_\_\_\_\_  
(nome della Struttura)

e il dipendente \_\_\_\_\_ (CF: \_\_\_\_\_)  
(cognome e nome)

profilo professionale \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_@asl.brindisi.it

### PREMESSO CHE

- il dipendente ha manifestato la propria volontà di accedere al lavoro agile, comunicandolo con apposita richiesta;
- il Direttore/ Responsabile della Struttura di appartenenza del dipendente ha autorizzato detta istanza, ritenendo che lo svolgimento del lavoro in modalità agile risulti compatibile e coerente con le esigenze organizzative e funzionali della Struttura di assegnazione, anche contemperando le esigenze del dipendente richiedente, nonché che tale svolgimento non pregiudichi né riduca la fruizione dei servizi a favore degli utenti e delle altre Strutture dell'Istituto;

### CONVENGONO QUANTO SEGUE

#### Articolo 1 (Durata dell'accordo)

- La prestazione lavorativa con modalità di lavoro agile verrà svolta con osservanza delle disposizioni definite dall'Istituto e delle disposizioni di legge vigenti, per un **massimo di 8 giorni al mese**, prevedendo di norma l'utilizzo in numero **2 giorni alla settimana** (limiti da riproporzionare alle giornate lavorate), nel seguente giorno o nei seguenti giorni della settimana:

- LU       MA       ME       GI       VE
- oppure
- nei seguenti giorni:

---

---

---

con decorrenza dal ..... e fino al ..... ; salvo recesso nei casi previsti dall'art. 10 del Regolamento aziendale su lavoro agile.

I restanti giorni della settimana, il lavoratore renderà la propria prestazione presso la sede di lavoro, secondo l'ordinario orario di lavoro. Le modifiche dell'accordo che incidano, anche in via temporanea, su aspetti non essenziali (quali, a mero titolo di esempio, il calendario dei giorni di lavoro in presenza e in modalità agile) saranno autorizzate, anche per le vie brevi (mail, comunicazione scritta, ecc...), dal Direttore/Responsabile.

- Detta programmazione può subire modifiche nelle ipotesi di esigenze di servizio (da comunicare da parte del Direttore/Responsabile della Struttura al dipendente con congruo preavviso e comunque entro la giornata lavorativa precedente a quella di lavoro agile) o di esigenze personali del dipendente (che possono comportare una variazione del calendario programmato in seguito ad approvazione del Direttore/Responsabile).
- Le giornate di lavoro agile devono essere preventivamente comunicate all'ufficio rilevazione presenze per l'inserimento sul sistema con la specifica causale ("PER-LAVOROAGILE L. 81/2017"), per permettere il riconoscimento del debito orario convenzionale.

#### Articolo 2 (Luogo di svolgimento della prestazione)

1. Il dipendente si impegna a scegliere un luogo di lavoro, che consenta di rispettare le norme in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro e sull'utilizzo delle strumentazioni tecniche, le specifiche norme sulla salute e sicurezza nel lavoro agile di cui all'articolo 22, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81 nonché di svolgere la prestazione lavorativa nell'orario di servizio in ambienti tali da consentire comunicazioni (voce e dati) stabili, efficienti e non disturbate. A tal fine il dipendente precisa che l'attività lavorativa nelle giornate in smart working si svolgerà presso il seguente luogo:

---

---

---

2. Qualora se ne presentasse la necessità, il lavoratore potrà modificare l'indicazione del luogo di svolgimento dell'attività lavorativa in modalità di lavoro agile mediante autorizzazione, anche per le vie brevi (e-mail, comunicazione scritta, ecc...), dal Direttore/Responsabile.

### Articolo 3 (Modalità di svolgimento della prestazione)

1. Per quanto concerne i progetti assegnati al dipendente, e relativi obiettivi e indicatori, si precisa quanto segue:

PRESTAZIONI	OBIETTIVI DELLA PRESTAZIONE	MODALITA' E CRITERI DI MISURAZIONE
_____		
_____		
_____		
_____		

2. Fermo quanto previsto dal precedente comma, il Direttore/Responsabile potrà integrare le attività e/o gli obiettivi assegnati a ciascun dipendente in lavoro agile.

3. Il dipendente assume l'impegno ad essere contattabile, sia telefonicamente che via mail o con altre modalità similari (piattaforme di team work on-line, ecc...), nella fascia oraria (fascia di contattabilità):

dalle ore ..... alle ore ..... ,

dalle ore ..... alle ore ..... ,

Tali fasce devono essere individuate di concerto al Direttore/Responsabile di Struttura e collocarsi nel range temporale 08.00 – 18.00 in correlazione temporale con l'orario normale applicabile alla Struttura di appartenenza. A tal fine si impegna ad attivare la deviazione di chiamata dal proprio numero di ufficio. Il dipendente che eccezionalmente, per motivate e documentate gravi ragioni personali o familiari, non può essere contattato oppure non può svolgere la propria prestazione lavorativa all'interno della fascia di contattabilità, comunica senza ritardo alla propria Struttura tale interruzione della prestazione lavorativa in modalità agile. La mancata tempestiva comunicazione è causa di revoca dell'accordo individuale.

4. Restano confermati i tempi di riposo in adempimento e nel rispetto delle discipline contrattuali e legali applicabili.

5. Il dipendente non può rendere alcuna prestazione lavorativa durante il periodo di 11 ore di riposo consecutivo e nella fascia oraria notturna tra le ore 22:00 e le ore 6:00 del giorno successivo.

6. Il dipendente ha diritto alla disconnessione o inoperatività: pertanto, fermo restando quanto previsto dai commi precedenti, negli orari diversi da quelli ricompresi nella fascia di contattabilità non è richiesto lo svolgimento della prestazione lavorativa e quindi la lettura delle email, la risposta alle telefonate, l'accesso e la connessione ai sistemi informativi d'Istituto.

7. In caso di problematiche di natura tecnica e/o informatica, e comunque in ogni caso di cattivo funzionamento dei sistemi informatici, qualora lo svolgimento dell'attività lavorativa a distanza sia impedito o sensibilmente rallentato, il dipendente è tenuto a darne tempestiva informazione al proprio Direttore/Responsabile. Questi, qualora le suddette problematiche dovessero rendere temporaneamente impossibile o non sicura la prestazione lavorativa, può richiamare il dipendente a lavorare in presenza.
8. Il dipendente può essere, altresì, richiamato in sede qualora sopraggiungano esigenze organizzative urgenti e imprevedute, con comunicazione che deve pervenire in tempo utile per la ripresa del servizio e, comunque, almeno ventiquattro ore prima. Il rientro in servizio non comporta il diritto al recupero delle giornate di lavoro agile non fruite.
9. L'eventuale assenza per malattia dal servizio programmato in smart working deve essere comunicata al Direttore/Responsabile della Struttura di assegnazione con le medesime modalità in vigore per le giornate di lavoro in sede.
10. In caso di infortunio il dipendente deve tempestivamente avvisare o far avvisare il proprio Direttore/Responsabile.
11. L'attività lavorativa svolta in smart working non comporta il riconoscimento di alcun trattamento di missione e/o servizi fuori sede e/o indennità di reperibilità. Non è inoltre possibile il ricorso a prestazioni di lavoro straordinario e notturno.
12. Restano invariate la retribuzione percepita nonché la declaratoria delle mansioni ascrivibili al profilo professionale del dipendente.
13. Eventuali costi sostenuti dal dipendente in modalità di lavoro agile direttamente o indirettamente collegati allo svolgimento della prestazione lavorativa (elettricità, linea di connessione, telefono personale, etc.) non saranno rimborsati dall'Istituto.
14. Resta inteso che la prestazione lavorativa dovrà essere garantita con lo stesso grado di efficienza ed efficacia atteso presso la sede di assegnazione.

#### Articolo 4 (Monitoraggio della prestazione, potere direttivo, di controllo e disciplinare)

1. La modalità di lavoro agile non incide sul potere direttivo del datore di lavoro.
2. Durante lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, il dipendente è tenuto alla rendicontazione dei risultati conseguiti e delle attività svolte, tramite report redatto con apposito modulo (Mod. rendicontazione smart working – allegato al presente accordo) o diverso modello concordato con il Direttore/Responsabile, che verrà inviato per l'approvazione allo stesso Direttore/Responsabile.
3. Il Direttore/Responsabile della Struttura di assegnazione del dipendente dovrà verificare ed eventualmente

apportare correttivi all'attività lavorativa in smart working.

4. Il mancato rispetto degli obblighi derivanti dal presente contratto, dai regolamenti e dalle disposizioni interne, dà luogo all'applicazione di sanzioni disciplinari, in conformità alla disciplina contrattuale e legale vigente in materia.

#### Articolo 5 (Strumenti di lavoro)

La dotazione informatica necessaria per lo svolgimento dello smart working al momento viene fornita, dal dipendente. Qualora si definisca procedura per la fornitura di pc aziendali il dipendente assume gli obblighi di custodia dell'attrezzatura affidata, rispondendo dei danni cagionati ed è tenuto a restituirla funzionante. L'Azienda inoltre sarà esonerata da qualsiasi responsabilità in merito ad eventuali danni a cose e/o persone procurati da un uso improprio delle apparecchiature assegnate.

#### Articolo 6 (Riservatezza e privacy)

Il lavoratore è tenuto a garantire la riservatezza dei dati e delle informazioni di cui proceda al trattamento, persistendo il divieto di farne uso e/o comunicazione al di fuori delle proprie mansioni.

Il lavoratore - in qualità di "incaricato" al trattamento dei dati personali per conto dell'Istituto - dovrà osservare tutte le istruzioni e le misure di sicurezza di cui alla nomina ad incaricato anche presso il luogo di prestazione lavorativa fuori sede secondo le norme previste dal Regolamento UE GDPR 679/2016 e al D. Lgs. 196/2003.

Il dipendente è, altresì, tenuto ad adottare tutte le precauzioni idonee a impedire la visualizzazione da parte di estranei e/o la dispersione dei dati e delle informazioni trattate ed è responsabile della sicurezza dei dati anche in relazione ai rischi collegati alla scelta di un'adeguata postazione di lavoro.

Il Trattamento dei dati personali del dipendente autorizzato allo svolgimento di lavoro agile avviene secondo le modalità di cui all'allegata Informativa sul trattamento dati resa ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679.

#### Articolo 7 (Recesso)

1. Entrambe le parti possono recedere dal presente accordo, al cessare dei presupposti che hanno determinato la sottoscrizione dell'accordo stesso. Ad ogni modo il recesso dovrà avvenire in forma scritta con un preavviso non inferiore a 30 giorni e fornendo specifica motivazione, salvo quanto previsto dal comma successivo. Nel caso di lavoratori con disabilità, ai sensi dell'art. 1 della legge 12 marzo 1999, n. 68, il termine di preavviso non può essere inferiore a 90 giorni, ai sensi della legge n. 81/2017.

2. Il recesso dal lavoro agile è immediato, da parte dell'Azienda, e comporta il rientro del dipendente presso la sede lavorativa aziendale nella giornata lavorativa immediatamente successiva, a titolo esemplificativo e non esaustivo nelle seguenti ipotesi: il venir meno delle condizioni che consentono al lavoratore agile il rispetto delle prescrizioni in materia di sicurezza sul lavoro; l'inosservanza degli obblighi connessi all'espletamento dell'attività in modalità agile indicati nell'accordo individuale; il mancato raggiungimento

degli obiettivi previsti; comprovata impossibilità di svolgimento in autonomia dell'attività assegnata; sopravvenute ed oggettive esigenze organizzative e produttive; importanti e motivate esigenze personali del dipendente; gravi inadempimenti del dipendente (ad esempio comprovata e reiterata incontattabilità del dipendente; inosservanza delle prescrizioni in materia di riservatezza e sicurezza dei dati; problemi di sicurezza informatica; ecc...).

#### Articolo 8 (Rinvio)

1. Il presente accordo costituisce integrazione del contratto individuale di lavoro e viene trasmesso, in originale, al protocollo che provvederà all'invio dello stesso all'Area Gestione del Personale, per la conservazione nel fascicolo personale.
2. Per tutto quanto non previsto, trova applicazione il C.C.N.L., i regolamenti e le disposizioni di servizio interne, le norme di legge in materia di pubblico impiego e di lavoro agile.
3. Il dipendente dichiara di aver preso visione, e di accettare, le informative in ordine ai rischi generali e specifici dei lavoratori in "lavoro agile", nonché in tema di trattamento dei dati personali che sono allegate al presente accordo.

Letto, confermato e sottoscritto

Firma Direttore/Responsabile

Firma Dipendente

---

---

Brindisi,            /            /202

**Il Titolare del trattamento**

Azienda Sanitaria Brindisi

**Informazioni sul trattamento di dati personali ai sensi degli artt. 13 del Regolamento UE 679/2016**

**Dipendenti – Collaboratori autorizzati al lavoro agile**

Gentile Dipendente/Collaboratore,

La ASL Brindisi, con sede in Brindisi, Via Napoli, 8, Titolare del trattamento dei dati personali, La informa che i dati da Lei conferiti verranno trattati dall'Azienda per gestire la Sua richiesta di autorizzazione alla prestazione dell'attività lavorativa in smart working, nelle forme e con i limiti stabiliti dal Regolamento Aziendale approvato con deliberazione del 2020 n. 1996 del 29/09/2020

**Responsabile della protezione dei dati.**

L'ASL Brindisi, così come previsto dall'articolo 38 del Regolamento UE 679/2016 (di seguito GDPR), ha designato il proprio Responsabile della Protezione dei Dati personali dott.ssa Fersini Sandra

**Finalità del trattamento e base giuridica.**

I dati personali sono trattati dalla ASL Brindisi per fini di riorganizzazione delle attività lavorative attraverso l'utilizzo dello smart working (cosiddetto lavoro agile), ai sensi della Legge n. 81/2017.

Il mancato conferimento dei suoi dati personali non permetterà di evadere la Sua richiesta.

Il trattamento dei dati personali necessari alla gestione della istanza di smart working ha come base giuridica di riferimento la Legge n. 81/2017 come modificato dall'art. 41bis Legge 122/2022.

**Modalità di trattamento.**

Le attività di trattamento dei dati personali forniti dai collaboratori della ASL Brindisi per chiedere di essere autorizzati a svolgere l'attività lavorativa in modalità smart working sono svolte con modalità elettroniche e/o manuali, da parte di soggetti appositamente autorizzati al trattamento ai sensi dell'articolo 29 del GDPR che fanno parte delle SOC Amministrative, adottando le adeguate misure tecniche ed organizzative previste dall'articolo 32 e nel rispetto delle disposizioni dell'articolo 5 del GDPR.

**Destinatari o categorie di destinatari ai quali i dati personali possono essere comunicati.**

I dati personali forniti dai collaboratori della ASL Brindisi per chiedere di essere autorizzati a svolgere l'attività lavorativa in modalità smart working non saranno diffusi ma verranno comunicati, così come previsto dal DM n. 149 del 22 agosto 2022 al Ministero del Lavoro e delle politiche sociali che li tratterà in qualità di autonomo Titolare del trattamento.

**Periodo di conservazione.**

I dati personali oggetto dell'accordo individuale tra datore di lavoro e collaboratore autorizzato sono conservati dal Centro per un periodo di 5 anni dalla sottoscrizione dello stesso così come sancito dalla normativa in vigore, fatto salvo il maggior tempo eventualmente previsto per adempiere ad obblighi di legge.

**Esercizio dei diritti.**

In ogni momento gli Interessati possono contattare il Data Protection Officer dell'Azienda per esercitare il diritto di accedere ai propri dati personali, rettificare i dati inesatti, integrare dati incompleti, e, nei casi stabiliti dalla legge o Regolamento, richiedere la cancellazione o la limitazione del trattamento (artt. 15 e ss. Del GDPR)

**Diritto di reclamo.**

Qualora l'Interessato ritenga che il trattamento dei Suoi dati personali sia effettuato in violazione di legge, ha il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali

**Al lavoratore**

**Ai Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS)**

**Oggetto: informativa sulla sicurezza dei lavoratori (art. 22, comma 1, della legge 22 maggio 2017 n. 81)**

## **AVVERTENZE GENERALI**

Si informano i lavoratori degli obblighi e dei diritti previsti dalla legge del 22 maggio 2017 n. 81 e dal decreto legislativo del 9 aprile 2008 n. 81.

### **Sicurezza sul lavoro (art. 22 L. 81/2017)**

1. 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 un'informativa scritta, con cadenza almeno annuale, nella quale sono individuati i rischi generali e i rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione del rapporto di lavoro.
2. Il lavoratore è tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dal datore di lavoro per fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione all'esterno dei locali aziendali.

### **Obblighi dei lavoratori (art. 20 D. Lgs. 81/2008)**

1. Ogni lavoratore deve prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti ambiente di lavoro, su cui ricadono gli effetti delle sue azioni o omissioni, conformemente alla sua formazione, alle istruzioni fornite dal datore di lavoro.
2. I lavoratori devono in particolare:
  - a) contribuire, insieme al datore di lavoro, ai dirigenti e ai preposti, all'adempimento degli obblighi previsti a tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
  - b) osservare le disposizioni e le istruzioni impartite dal datore di lavoro, dai dirigenti e dai preposti, ai fini della protezione collettiva e individuale;
  - c) segnalare immediatamente al datore di lavoro, al dirigente o al preposto qualsiasi eventuale condizione di pericolo di cui vengano a conoscenza, adoperandosi direttamente, in caso di urgenza, nell'ambito delle proprie competenze e possibilità per eliminare o ridurre le situazioni di pericolo grave e incombente, dandone notizia al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza;

- d) partecipare ai programmi di formazione e di addestramento organizzati dal datore di lavoro;
- e) sottoporsi ai controlli sanitari previsti dal D. Lgs. 81/2008 o comunque disposti dal medico competente.
- f) In attuazione di quanto disposto dalla normativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro, il Datore di Lavoro ha provveduto ad attuare le misure generali di tutela di cui all'art. 15 del T.U. sulla sicurezza; ha provveduto alla redazione del Documento di Valutazione di tutti i rischi presenti nella realtà lavorativa, ai sensi degli artt. 17 e 28 D. Lgs. 81/2008; ha provveduto alla formazione e informazione di tutti i lavoratori, ex artt. 36 e 37 del medesimo D. Lgs. 81/2008.

**COMPORAMENTI DI PREVENZIONE GENERALE RICHIESTI ALLO *SMART WORKER***

- a) Cooperare con diligenza all'attuazione delle misure di prevenzione e protezione predisposte dal datore di lavoro (DL) per fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione.
- b) Non adottare condotte che possano generare rischi per la propria salute e sicurezza o per quella di terzi.
- c) Individuare, secondo le esigenze connesse alla prestazione stessa o alla necessità del lavoratore di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative e adottando principi di ragionevolezza, i luoghi di lavoro per l'esecuzione della prestazione lavorativa in smart working, rispettando le indicazioni previste dalla presente informativa.
- d) In ogni caso, evitare luoghi, ambienti, situazioni e circostanze da cui possa derivare un pericolo per la propria salute e sicurezza o per quella dei terzi.

Con la sottoscrizione del presente documento, il lavoratore attesta di aver preso conoscenza in modo puntuale del contenuto del medesimo e prende visione del "Manuale informativo sui rischi legati all'utilizzo del videoterminale in modalità di lavoro agile – smart working", in allegato.

I Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza di averne condiviso pienamente il contenuto.

Brindisi,                    /                    /202

Firma del Datore di Lavoro

\_\_\_\_\_

Firma del Lavoratore

\_\_\_\_\_

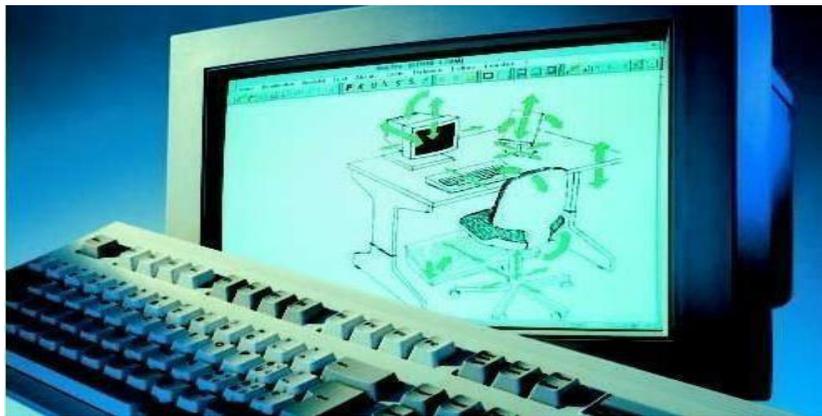
Firma dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza – RLS

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# **MANUALE INFORMATIVO SUI RISCHI LEGATI ALL'UTILIZZO DEL VIDEOTERMINALE IN MODALITA' DI LAVORO AGILE – SMART WORKING**



## **RISCHI RELATIVI AL LAVORO AGILE**

Il datore di lavoro ha l'obbligo di garantire 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 individuati i rischi generali e i rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione del rapporto di lavoro.

Il lavoratore è tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dal datore di lavoro per fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione all'esterno dei locali aziendali.

L'informativa dovrà essere corredata da eventuali manuali di istruzioni d'uso per strumenti, dispositivi, attrezzature e/o apparecchiature forniti e informazioni sui comportamenti da tenere in casi di malfunzionamento.

Il lavoratore deve pertanto essere adeguatamente responsabilizzato in materia di rischi per la sicurezza, perché è lui stesso a scegliere il luogo della prestazione lavorativa, che non può essere quindi sorvegliato dal datore di lavoro.

E' stato preso spunto dai principali indirizzi per l'attuazione delle disposizioni normative e dalle linee guida più accreditate (INPS, INAIL, Ministero del Lavoro, etc.), per stilare tale documento adattandolo alla realtà lavorativa della ASL Brindisi.

La **delocalizzazione del posto di lavoro**, può avvenire anche tramite l'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT), portano numerosi benefici e vantaggi sia all'ente, sia agli stessi lavoratori.

Dal punto di vista dell'ente, il lavoro agile permette di aumentare la produttività e l'efficienza, ridurre le spese di gestione, conseguire una maggiore flessibilità operativa con costi ridotti legati soprattutto all'acquisto di hardware e software.

Dal punto di vista dei lavoratori, il lavoro agile offre la possibilità di gestire in modo più flessibile i tempi di lavoro – scegliendo con maggiore libertà i ritmi e i luoghi di lavoro –, e permette di disporre di maggiore tempo libero, grazie all'eliminazione o riduzione dei tempi impiegati per raggiungere il posto di lavoro. Lavorare presso la propria abitazione consente, inoltre, una maggiore presenza nell'ambito familiare.

A fronte dei vantaggi sopra citati ci sono i rischi per la sicurezza e tutela della salute a cui sono esposti i lavoratori.

Infatti, nel lavoro agile i rischi legati all'ergonomia, all'organizzazione del lavoro e all'impostazione dell'orario di lavoro, sono maggiori rispetto a quelli a cui sono esposti i lavoratori che svolgono la prestazione nell'ambito dell'impresa.

La mancanza di un posto di lavoro configurato in base ai requisiti ergonomici e un lavoro male organizzato possono causare problemi alla salute del lavoratore e compromettere il suo benessere fisico - con disturbi visivi, di affaticamento eccessivo, disturbi muscolo scheletrici, soprattutto al collo e alla colonna lombare- e il suo benessere psico-fisico, soprattutto con disturbi, quali la difficoltà di concentrazione ed il nervosismo.

## **MISURE DI PREVENZIONE**

Il lavoratore mette in atto precise misure di prevenzione per evitare infortuni o malattie professionali.

Particolari accorgimenti e misure di prevenzione sono ad esempio necessari per evitare i vari disturbi che possono essere connessi all'utilizzo errato dei videoterminali relativamente ai seguenti aspetti:

### **POSTAZIONE DI LAVORO E AMBIENTE**

Riguardo all'ambiente è bene:

- a. Fare in modo di poter lavorare con tranquillità e indisturbati;*
- b. Posizionare la postazione al videoterminale perpendicolarmente alla finestra in modo tale che non vi siano abbagliamenti e riflessi sulla superficie;*
- c. Prevedere che l'illuminazione artificiale sia idonea per le situazioni e gli orari in cui la luce naturale non è sufficiente;*
- d. Richiudere le ante degli armadi, soprattutto se realizzate in vetro trasparente, senza bordi poco visibili;*
- e. Manovrare le ante scorrevoli utilizzando le apposite maniglie, al fine di evitare possibili schiacciamenti delle dita;*
- f. Disporre la documentazione, il materiale cartaceo ed i raccoglitori sui ripiani degli armadi e delle scaffalature in modo ordinato e razionale, osservando una corretta distribuzione dei carichi;*

- g. Utilizzare scalette portatili a norma per raggiungere i libri o la documentazione riposta sui ripiani alti della libreria e degli scaffali;*
- h. Utilizzare cassettiere e schedari provvisti di dispositivi che impediscano la contemporanea apertura di più cassette, al fine di impedirne il ribaltamento;*
- i. Fissare saldamente al muro tutte le scaffalature e le mensole;*
- j. Sistemare i cavi in modo che essi non possano costituire causa di inciampo.*

Smartphone e tablet vanno utilizzati seguendo opportuni accorgimenti per limitare gli effetti negativi che potrebbero causare.

Si suggerisce pertanto:

- a. L'uso congiunto di entrambe le mani;*
- b. L'impiego di supporti che riducano la necessità di tenere testa e collo piegati;*
- c. Di ricorrere a tastiere fisiche separate laddove il sistema operativo lo consenta;*
- d. Di utilizzare l'auricolare durante le conversazioni telefoniche;*
- e. Di evitare il continuo contatto tra il corpo e lo smartphone.*

Per la postazione:

- a) Regolare l'altezza del tavolo portandolo all'altezza dei gomiti. Se non si possiede un tavolo regolabile in altezza, si raccomanda di usare almeno una sedia regolabile in altezza, in modo da portare i gomiti all'altezza del tavolo;*
- b) Fare uso di un poggiatesta se necessario;*
- c) Fare attenzione che la sedia sia dotata di caratteristiche ergonomiche.*

## **MICROCLIMA**

Nei luoghi di lavoro devono essere garantite adeguate condizioni di benessere relativamente al microclima e alla qualità dell'aria, sia ricorrendo a scambi naturali con l'ambiente esterno, sia utilizzando appositi impianti di riscaldamento e condizionamento dell'aria.

Fermo restando che sono numerosi i fattori che influiscono sul microclima, ad esempio il tipo di attività fisica svolta e l'abbigliamento indossato, i parametri di riferimento suggeriti sono:

- a. Temperatura interna invernale compresa tra i 18 e i 22 °C;*
- b. Temperatura interna estiva inferiore all'esterna di non più di 7 °C;*
- c. Umidità relativa compresa tra 40 - 60 %.*

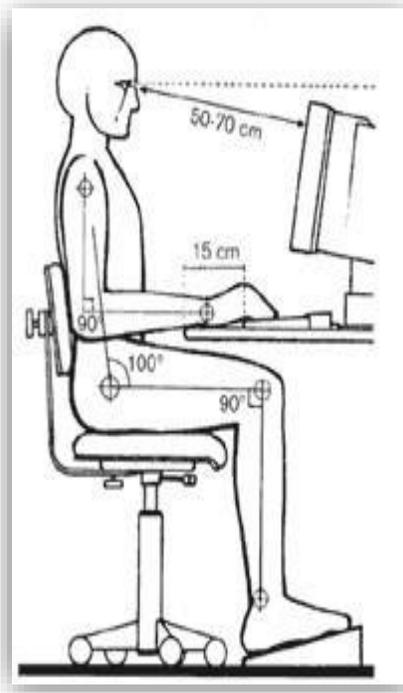
## **RISCHIO ELETTRICO**

Durante l'esecuzione della prestazione lavorativa a distanza i dipendenti devono porre in essere comportamenti adeguati a limitare il rischio elettrico. Di seguito alcuni suggerimenti esemplificativi, ma non esaustivi:

- a. Verificare quali prese di corrente elettrica è possibile utilizzare per alimentare le proprie utenze in funzione degli assorbimenti richiesti e della tipologia delle prese stesse;*
- b. Non collegare tra loro spine incompatibili e non utilizzare adattatori;*

- c. *Non utilizzare prese multiple sovraccaricate da apparecchi elettrici;*
- d. *L'inserimento e il disinserimento delle spine devono essere effettuati impugnando correttamente la presa e ad apparecchiatura spenta;*
- e. *Mantenere prese ed interruttori integri e ben fissati alle pareti;*
- f. *Non utilizzare prese o apparecchiature elettroniche in situazioni in cui potrebbero trovarsi a contatto con l'acqua;*
- g. *Impiegare le apparecchiature in conformità con le istruzioni d'uso fornite dal costruttore.*

## POSTURA E COMPORTAMENTO



La principale misura di prevenzione per l'insorgenza di problematiche muscolo-scheletriche è legata all'assunzione di una corretta postura durante il lavoro al videoterminale.

Allo scopo di ridurre al minimo il rischio di affaticamento fisico e mentale, la normativa prevede un'interruzione della propria attività con **pause di 15 minuti ogni 2 ore**. Il lavoratore deve comunque seguire eventuali altre prescrizioni del medico competente o del datore di lavoro.

Inoltre si raccomanda di:

- a. Adottare una postura rilassata (tronco sullo schienale tra 90 e 110°);*
- b. Variare spesso la posizione del corpo;*
- c. Variare le attività nel corso della giornata;*
- d. Regolare con cura la posizione, l'altezza e la distanza del monitor;*
- e. Ridurre i movimenti rapidi e ripetitivi prolungati;*
- f. Tenere gli avambracci paralleli al pavimento e bene appoggiati sul tavolo, mantenere i polsi distesi e dritti durante la digitazione.*

## **GESTIONE DELLE EMERGENZE**

A tutela della propria salute e incolumità, il lavoratore dovrà evitare di prestare la propria attività in luoghi isolati e remoti e dovrà avere sempre a disposizione un mezzo per la chiamata dei soccorsi.

Si riportano di seguito alcune informazioni da seguire in caso di emergenza:

### **Incendio**

- a. dare l'allarme a voce segnalando a tutti i presenti quanto sta accadendo;*
- b. uscire dai locali interessati, allontanarsi ed allontanare le altre persone, chiudendo le porte alle spalle;*
- c. nel caso di presenza di fumo, spostarsi chinati e respirare attraverso un fazzoletto, possibilmente bagnato;*
- d. attenersi alle disposizioni impartite dai soccorritori mantenendo la calma e segnalare loro eventuali feriti e/o dispersi.*

### **Nel caso in cui la fuga fosse preclusa:**

- a. rimanere nel locale chiudendo con cura la porta;*
- b. sigillare ogni fessura della porta mediante stracci o abiti, possibilmente bagnati;*
- c. portarsi in prossimità delle finestre e segnalare la propria presenza.*

### **Terremoto**

- a. cercare rifugio sotto un tavolo robusto oppure addossarsi alle pareti perimetrali o sotto gli stipiti delle porte che si aprono in un muro maestro, e prepararsi a fronteggiare la possibilità di ulteriori scosse;*
  - b. allontanarsi da finestre, specchi, vetrine, lampadari, scaffali, apparati elettrici, recipienti contenenti sostanze chimiche;*
  - c. muoversi con estrema prudenza, possibilmente lungo i muri. **Black-Out Elettrico***
- a. restare calmi;*

- b. se ci si trova in un'area buia, spostarsi con molta prudenza verso l'uscita o un'area dotata di illuminazione di emergenza;*
- c. se bloccati in ascensore, premere il pulsante di allarme per l'attivazione dei soccorsi;*
- d. utilizzare la funzione torcia del proprio smartphone, se disponibile.*

#### **Emergenza Sanitaria**

- a. non spostare assolutamente una persona colta da malore o traumatizzata, a meno che non sia in evidente e immediato pericolo di vita (crolli, incendio, ecc.);*
- b. chiamare il numero 112 per la richiesta di soccorso, segnalando con precisione la posizione e le condizioni dell'infortunato e indicando: le proprie generalità e il tipo di infortunio;*
- c. seguire le eventuali istruzioni impartite.*

Nel caso in cui il dipendente sia oggetto d'infortunio deve fornire dettagliata e tempestiva informazione sull'evento secondo le modalità concordate con la propria Amministrazione.

## **ISTRUZIONI OPERATIVE**

### **smart working/Collegamento remoto**

Viste le “Disposizioni in tema di lavoro agile o smart working” e in ottemperanza al Regolamento Europeo GDPR UE 2016/679 recante le disposizioni sulla tutela della privacy relativa a dati ed informazioni trattati e scambiati con mezzi telematici e non, la informiamo che nell’attivazione di un sistema di smart working / lavoro agile (SW/LA), fatte salve tutte le indicazioni, gli obblighi, le restrizioni, nonché le nomine di autorizzato al trattamento dei dati, già vigenti in qualità di dipendente della ASL BRINDISI Lei è tenuto ad osservare, ai sensi del disposto dell’articolo 32 del citato Regolamento, le seguenti istruzioni operative che costituiscono “misure tecniche ed organizzative adeguate per garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio del trattamento dei dati personali”.

- In particolare ed in merito al collegamento remoto che viene attivato con la consegna di credenziali personali, non cedibili e non comunicabili a terzi, da parte dell’Ufficio Sistema Informativo, si rimanda alla sezione successiva per quel che concerne gli obblighi di riservatezza, segretezza e sicurezza aggiuntivi.
- La richiesta di attivazione del collegamento remoto va fatta dal proprio Responsabile/Direttore allegando alla richiesta di smart working il modulo denominato “collegamento remoto – obblighi di riservatezza, segretezza e sicurezza” sottoscritto dal dipendente. Le credenziali verranno inviate via mail con una spiegazione e delle istruzioni minime per collegarsi e utilizzare le risorse aziendali.
- Il collegamento remoto viene assicurato su un canale protetto e permette l’utilizzo delle risorse aziendali direttamente accedendo con le credenziali rilasciate ai sistemi sui quali si lavora comunemente in Istituto.
- In ogni caso, come previsto dal Regolamento Europeo UE 2016/679 si ha il diritto di revocare, in ogni momento, previa comunicazione al proprio responsabile e in copia all’Ufficio Sistema Informativo (servinfo@cro.it) le proprie credenziali di accesso remoto.
- Tali credenziali, come il trattamento dei dati scambiati via collegamento remoto, sono tutelate dall’Istituto attuando tutte le misure di protezione adeguate per la riservatezza, la disponibilità e l’integrità degli stessi.

Nel raccomandare la massima collaborazione per la tenuta in sicurezza del patrimonio informativo aziendale, si riportano di seguito i principali accorgimenti per la sicurezza nel trattamento dei dati personali e la loro riservatezza che devono essere assicurati da tutti coloro che svolgono l’attività lavorativa in modalità “smart working”:

- mantenere riservate e protette le credenziali di accesso personali, segnalare immediatamente ai Sistemi informativi eventuali dubbi/sospetti sull’intercettazione da parte di terzi delle proprie credenziali.
- segnalare al responsabile o altro soggetto designato (es DPO per aspetti concernenti la privacy o Sistemi informativi per problemi legati alla sicurezza informatica) le eventuali anomalie riscontrate o possibili violazioni dei dati;
- essere consapevole delle sanzioni penali, amministrative pecuniarie e dei profili di responsabilità civile in caso di mancato rispetto delle norme sulla protezione;
- evitare la perdita o la distruzione anche solo accidentale dei dati o della documentazione cartacea
- mantenere riservata e custodita la documentazione cartacea contenente dati personali (buste, mail stampate, ecc...);

- non lasciare dispositivi incustoditi e accesi dopo aver compiuto l'accesso ai sistemi aziendali;
- evitare di accedere a siti potenzialmente pericolosi (che spesso non utilizzano una connessione protetta SSL/HTTPS e di norma, non mostrano nella barra degli indirizzi la sigla del protocollo https;);
- evitare l'uso di social network o altre applicazioni di condivisione di dati o delle quali non si sia sicuri del livello di sicurezza implementato;
- predisporre una postazione di lavoro dedicata, adottando accorgimenti tali da evitare l'esposizione, anche accidentale, a familiari/conviventi o altri soggetti non autorizzati dei dati personali oggetto di attività lavorativa;
- garantire il rispetto della riservatezza dei colloqui telefonici o in modalità video-conferenze effettuati per ragioni lavorative, in presenza di familiari/conviventi o di altri soggetti non autorizzati;
- evitare di fare il download dei documenti di lavoro, se non strettamente necessario;
- evitare, salvo casi di estrema necessità, di stampare documentazione contenente dati aziendali. Qualora ciò sia assolutamente indispensabile per la prosecuzione delle attività di lavoro, evitare di lasciare incustodite le copie prodotte e provvedere appena possibile, senza ritardo, alla loro distruzione con modalità tali da rendere inintelligibili i dati ivi contenuti (es. sminuzzamento, triturazione);
- utilizzare unicamente la mail aziendale per le comunicazioni di lavoro, evitando di utilizzare account di posta elettronica privati. Evitare l'apertura di mail provenienti da soggetti non affidabili, sia ricevute sull'indirizzo aziendale sia su quello privato in accordo con le disposizioni sulla sicurezza aziendali;

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Firma per presa visione \_\_\_\_\_

Brindisi,        /        /202

## COLLEGAMENTO REMOTO OBBLIGHI DI RISERVATEZZA, SEGRETEZZA E SICUREZZA

Finalità collegamento remoto: SW/LA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

### SI OBBLIGA A:

seguire tutte le istruzioni operative e le raccomandazioni comportamentali fornite con il presente modulo ed in particolare i punti di seguito riportati:

1. Mantenere la più assoluta riservatezza e segretezza sulle informazioni acquisite durante lo svolgimento dell'attività. Per informazioni si intendono sia le informazioni necessarie per aprire/chudere il collegamento remoto, sia i dati che vengono trattati durante la sessione di collegamento remoto.
2. Accedere ai dati strettamente necessari all'espletamento dell'attività di cui è stata richiesta l'esecuzione. Ovvero a espletare l'attività nel pieno rispetto del Regolamento UE 2016/679 come precedentemente appreso dall'informativa;
3. Non divulgare in alcun modo e per nessun motivo le informazioni di cui al punto 1;
4. Utilizzare il collegamento per i soli scopi ed alle condizioni definiti dalla informativa e dalle mansioni/job description per le quali si è già stati indicati e si è esplicitamente autorizzati nei termini del vigente Regolamento e del Regolamento Informativo aziendale;
5. Non utilizzare meccanismi di crittografia che impediscano l'interpretazione dei pacchetti in transito da parte di personale incaricato dall'Istituto;

Non utilizzare connessioni Internet di hotspot pubblici e/o anonimi

### PRENDE ATTO CHE:

1. Tutto il traffico prodotto tramite il collegamento remoto può essere monitorato. I pacchetti di dati vengono salvati in file di log, sono conservati per un tempo massimo di sessanta giorni successivi alla conclusione del periodo di emergenza e potrebbero in qualsiasi momento essere utilizzati per scopi statistici o di verifica delle operazioni effettuate.
2. La direzione scrivente a mezzo dell'Ufficio Sistema Informativo e degli amministratori di sistema potrà decidere in qualsiasi momento di disabilitare temporaneamente o definitivamente l'accesso, qualora ne ravvisi necessità per qualsiasi ragione.

Firma \_\_\_\_\_

Brindisi, /\_\_\_\_\_/



Al Direttore/Responsabile della Struttura \_\_\_\_\_

Oggetto: REPORT ATTIVITÀ lavorativa svolta in Lavoro Agile.

Il/la dipendente \_\_\_\_\_ (cognome e nome), n. matricola \_\_\_\_\_ della Struttura \_\_\_\_\_ con riferimento all'attività lavorativa prestata in modalità agile,

DICHIARA

a tutti gli effetti di legge che ha effettuato le prestazioni lavorative di seguito elencate:

DATA	OGGETTO E DESCRIZIONE ATTIVITÀ LAVORATIVA	OBIETTIVI PRESTAZIONE	MODALITÀ LAVORAZIONE (mail, chiamata telefonica, sistemi operativi, ecc..)	INDICATORE DI MISURAZIONE DELLA LAVORAZIONE (n. pratiche, n. utenti serviti, n. operazioni portate a termine, tempi di completamento, rispetto scadenze)	NOTE ESPLICATIVE

Data, \_\_\_\_\_

Il dipendente

\_\_\_\_\_

data: \_\_\_\_\_

**Per approvazione**

Il Direttore/Responsabile della Struttura: \_\_\_\_\_

oppure

**Osservazioni in merito all'attività resa:**

---

---

---

---

---

---

---

---

Il Direttore/Responsabile della Struttura: \_\_\_\_\_

**Comunicazione Accordo di Lavoro agile  
(Articolo 23, comma 1 della L. n. 81/2017)**

**Sezione 1 - Datore di lavoro**

Codice Fiscale\*

Ragione sociale\*

**Sezione 2 - Lavoratore**

Codice Fiscale\*

Data Nascita\*

Cognome\*

Nome\*

Comune o Stato straniero di nascita\*

**Sezione 3 - Rapporto di lavoro**

Data inizio\*

Tipologia\*

Tipologia \*  Tempo indeterminato  Tempo determinato  Apprendistato

**Dati INAIL**

PAT\*

Voce di tariffa\*

**Sezione 4 - Accordo di Lavoro agile**

Data sottoscrizione accordo\*

**Periodo Validità Accordo**

Tipologia durata \*  Tempo indeterminato  Tempo determinato

Data inizio\*

Data cessazione(\*)<sup>1,2</sup>

**Sezione 5 - Dati d'invio**

- Tipologia comunicazione\*  Inizio periodo  
 Modifica  
 Annullamento sottoscrizione  
 Recesso<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Obbligatoria nel caso di tipologia durata "Tempo determinato"

<sup>2</sup>Obbligatoria nel caso di tipologia comunicazione "Recesso"

<sup>3</sup>Ai sensi dell'articolo 19, comma 2 della legge n. 81/2017

**Comunicazione Accordo di Lavoro agile  
(Articolo 23, comma 1 della L. n. 81/2017)**

Data invio\*<sup>1</sup>  Codice comunicazione\*<sup>1</sup>

Identificativo periodo\*<sup>1</sup>

**Sezione 5.1 - Soggetto Abilitato**

Tipologia S. A. (\*)<sup>2</sup>  Codice Fiscale S. A. (\*)<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Informazione gestita dal Sistema

<sup>2</sup>Obbligatorio nel caso di invio da parte di un soggetto abilitato

**Sezione 3.3:**

**Piano triennale dei**

**Fabbisogni di Personale**

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE** n. 0000388 del 14/02/2025 - Proposta n. 0000475 del 14/02/2025

Oggetto: Piano Triennale Fabbisogno del personale 2023-2025 ASL BR. Adozione provvisoria.

Dipartimento Giuridico-Amministrativo/U.O.C. Area Gestione del Personale/U.O.S. Assunzioni, concorsi e gestione del ruolo proponente:

sull'argomento in oggetto, il Direttore della U.O.C. Area Gestione del Personale dott.ssa Caterina DIODICIBUS e il Dirigente Responsabile della U.O.S. Assunzioni, Concorsi e Gestione del Ruolo dott. Luigi SPINA, sulla base dell'istruttoria effettuata dal Collaboratore Tecnico Informatico, Ing. Daniele RISO, relazionano quanto appresso.

**Premesso che:**

- con deliberazione ASL BR n. 1939 del 27/07/2023 l'ASL BR ha adottato provvisoriamente il Piano Triennale del Fabbisogno 2022-2024;
- con D.G.R n. 514 del 22/04/2024 avente ad oggetto: "Art. 6 D.lgs. 165/2001; D.M. 8/5/2018 – Approvazione Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2022-2024 dell'ASL BR", la Regione Puglia ha approvato il PTFP 2022-2024 dell'ASL Brindisi.
- con deliberazione D.G. n. 982 del 07/05/2024, questa Azienda ha adottato in via definitiva il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2022-2024.

**Vista** la D.G.R n. 261 del 06/03/2023 con la quale:

- sono state fornite le linee guida per l'adozione dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) Aziende ed Enti del SSR, a modifica ed integrazione della DGR n. 2416/2018 e della DGR n. 2452/2019
- si è recepita la "Metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio Sanitario Nazionale" ex schema Decreto ministeriale di cui all'Intesa Conferenza Stato-Regioni Rep. Atti n. 267/CSR del 21/12/2022.

**Vista** la D.G.R. n. 1876 del 23/12/2024 con la quale, tra l'altro, è stato assegnato all'ASL BR il tetto di spesa per il personale, ai fini della predisposizione del PTFP 2023-2025, pari a € 195.826.352,23 di cui € 12.721.275,59 finalizzate alle assunzioni di cui al D.L. n. 34-2020, D.M. n. 77-2022 ed ex. D.L. n. 73-2021.

**Viste** le note del Dipartimento Promozione della Salute prot. n. 40113 del 24/01/2025, integrata dalla nota prot. n. 67812 del 07/02/2025, con cui sono state stilate le indicazioni operative per la predisposizione del Piano Triennale del Fabbisogno 2023-2025.

**Dato atto che** il piano annualmente predisposto può essere modificato, di anno in anno, in relazione alle mutate esigenze di contesto normativo, organizzativo o funzionale.

**Ritenuto, quindi,** necessario procedere, sulla base di quanto previsto dalle linee di indirizzo, e in conformità alle disposizioni contenute nelle succitate Deliberazioni di Giunta Regionale, all'approvazione in via provvisoria del Piano Triennale del Fabbisogno del Personale 2023-2025, come da allegati 1, 2 e 3 al presente provvedimento, quali parti integranti e sostanziali e all'invio alla Regione Puglia dello stesso per la relativa approvazione, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 6 ter comma 5 del D.lgs. n. 165/2001 e confermato dalle Linee di indirizzo ministeriali.

**Evidenziato che**, il Piano triennale del fabbisogno di personale per il triennio 2023-2025, in continuità con il PTFP 2022-2024, costituisce la cornice programmatoria per l'adozione dei provvedimenti aziendali inerenti la copertura del fabbisogno aziendale;

**Preso atto che** il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale 2023-2025, così come rappresentato nell'allegato 1 quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, è stato predisposto nel rispetto del prescritto vincolo finanziario, definendo gli spazi assunzionali in base alle esigenze assistenziali e di concerto con la Direzione Strategica Aziendale;

**Precisato che:**

- la determinazione del costo per singolo profilo e categoria, è stata effettuata secondo il metodo del "costo medio per profilo", includendo le voci retributive che gravano sul bilancio, comprensive degli oneri e dell'IRAP a carico dell'Azienda. A questo dato viene poi aggiunta in forma aggregata la spesa rinveniente dalla quantificazione dei fondi contrattuali (comprensiva di oneri ed IRAP a carico dell'Azienda);
- il costo totale del PTFP 2023-2025 è stato valorizzato escludendo le voci indicate nella Circolare RGS n° 9 del 17/02/2006 e le voci di costo del personale per le finalità di cui al D.L. n. 34-2020, D.M. n. 77/2022 ed ex D.L. n. 73/2021;

**Vista** la "Relazione metodologica" allegata alla presente proposta di provvedimento, nella quale viene fornito il dettaglio degli elementi normativi e metodologici, nonché delle valutazioni di carattere strategico che hanno determinato, quale risultato di sintesi, il Piano di Fabbisogno del Personale 2023-2025;

**Accertato che** la consistenza complessiva dei profili professionali di "Dirigente Amministrativo" e personale di comparto "Amministrativo", rispetta il limite percentuale approvabile del 12% rispetto al totale del personale;

**Tanto premesso** si propone l'adozione dell'atto deliberativo concernente l'argomento indicato in oggetto, di cui ognuno dei sottoscrittori, nell'ambito del proprio ruolo e per quanto di rispettiva competenza:

- attesta che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della vigente normativa comunitaria, nazionale e regionale e che il provvedimento proposto è conforme alle risultanze d'ufficio;
- dichiara di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ai sensi dell'art. 6 bis della Legge n. 241/1990, degli artt. 6, 7 e 13, co. 3, del D.P.R. n. 62/2013 e successive modificazioni ed integrazioni, tale da pregiudicare l'imparziale esercizio delle funzioni e compiti attribuiti, e di non trovarsi in alcuna situazione di incompatibilità ai sensi dell'art. 35 bis del D.Lgs. n. 165/2001.

Collaboratore Tecnico

Ing. Daniele Riso

SOTTOSCRITTO

Dirigente Amministrativo  
Responsabile U.O.S. Assunzioni,  
Concorsi e Gestione del Ruolo

Avv. Luigi Spina



ASL Brindisi  
PugliaSalute

LUIGI SPINA  
14.02.2025 14:24:29 UTC

Direttore U.O.C. Area Gestione  
del Personale

Dott.ssa Caterina Diodicibus



ASL Brindisi  
PugliaSalute

CATERINA DIODICIBUS  
14.02.2025 14:26:23 UTC

## IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Maurizio De Nuccio, nominato con Deliberazione della Giunta Regionale Pugliese n. 1237 del 10/08/2023, coadiuvato dal Direttore Amministrativo Avv. Loredana Carulli e dal Direttore Sanitario Dott. Vincenzo Gigantelli;

**ESAMINATA e FATTA** propria la relazione istruttoria e la proposta del Direttore dell'Area Gestione del Personale, Dott.ssa Caterina Diodicibus;

**ACQUISITI** i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario per quanto di rispettiva competenza;

## DELIBERA

per i motivi espressi in narrativa da intendersi qui integralmente riportati e trascritti:

1. **adottare** in via provvisoria, in subordine alle determinazioni che saranno assunte in merito dalla Regione Puglia – Dipartimento Promozione della Salute, del benessere sociale e dello sport per tutti, il Piano del fabbisogno di personale dell'ASL BR per il triennio 2023-2025 come riportato nell'allegato 1, 2 e 3 al presente atto deliberativo;
2. **approvare** la "Relazione metodologica", allegata al presente atto deliberativo;
3. **trasmettere** il presente atto deliberativo:
  - alla Regione Puglia –Dipartimento Promozione della Salute, del benessere sociale e dello sport per tutti e al Collegio Sindacale dell'Azienda per gli adempimenti di competenza;
  - alle Organizzazioni sindacali territoriali ed Aziendali del Comparto, della Dirigenza Area Sanità e della Dirigenza Area Funzioni Locali.

Il Direttore Amministrativo (Avv. Loredana Carulli)  
*Firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 e s.m.i.*

Il Direttore Sanitario (Dott. Vincenzo Gigantelli)  
*Firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 e s.m.i.*

Il Direttore Generale (Dott. Maurizio De Nuccio)  
*Firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 e s.m.i.*

*Con la sottoscrizione della presente deliberazione i Direttori dichiarano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ai sensi dell'art. 6 bis della Legge n. 241/1990, degli artt. 6, 7 e 13, co. 3, del D.P.R. n. 62/2013 e successive modificazioni ed integrazioni, tale da pregiudicare l'imparziale esercizio delle funzioni e compiti attribuiti, e di non trovarsi in alcuna situazione di incompatibilità ai sensi dell'art. 35 bis del D.Lgs. n. 165/2001.*

## RELAZIONE METODOLOGICA ALLEGATA AL PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE DELL'ASL BR 2023 – 2025

### PREMESSA

Con deliberazione D.G. n. 1939 del 27/07/2023, questa Azienda ha adottato in via provvisoria il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2022-2024.

Con D.G.R n. 514 del 22/04/2024 avente ad oggetto: “Art. 6 D.lgs. 165/2001; D.M. 8/5/2018 – Approvazione Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2022-2024 dell'ASL BR”, la Regione Puglia ha approvato il PTFP 2022-2024 dell'ASL Brindisi.

Con deliberazione D.G. n. 982 del 07/05/2024, questa Azienda ha adottato in via definitiva il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2022-2024.

Con la successiva nota del Dipartimento Promozione della Salute prot. n. 40113 del 24/01/2025, integrata dalla nota prot. n. 67812 del 07/02/2025 sono state stilate le indicazioni operative per la predisposizione del Piano Triennale del Fabbisogno 2023-2025.

Con la presente relazione si intende esporre la metodologia utilizzata per la determinazione del fabbisogno di personale, per la quale si è tenuto conto dei seguenti elementi:

- **Linee di indirizzo** per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche” adottate con Decreto 8 maggio 2018 della Presidenza del Consiglio dei ministri Dipartimento della Funzione Pubblica, pubblicato in GU Sezione Generale n. 173 del 27/07/2018;
- **Limiti di spesa** di cui all'art. 11 del D. L. 35/2019, convertito in L. n. 60/2019, e quantificato dalla Regione Puglia con la DGR n. 1876 del 23/12/2024;
- **Prescrizioni ministeriali e regionali su Fabbisogno Ospedaliero**, che hanno fissato i parametri FTE min e FTE max entro cui individuare il fabbisogno delle strutture ospedaliere:
  1. **DGR 21/12/2018 n. 2416:** Linee guida regionali per l'adozione dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) delle Aziende ed Enti del S.S.R.;
  2. **DGR n. 261 del 06/03/2023** avente ad oggetto “Linee Guida Regionali per l'adozione dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale PTFP delle Aziende ed Enti del SSR. Modifica ed integrazione DGR n. 2416/2018 e DGR n. 2452/2019. Recepimento “Metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio Sanitario Nazionale ex schema Decreto Ministeriale di cui all'intesa Conferenza Stato-Regioni Rep. Atti n. 267/CSR del 21/12/2022”;

### MODALITÀ DI CALCOLO DELLA SPESA DEL PERSONALE

La determinazione del costo per singolo profilo e categoria è stata effettuata secondo il metodo del “costo medio per profilo”, includendo le voci retributive che gravano sul bilancio, comprensive degli oneri e dell'IRAP a carico dell'Azienda. A questo dato viene poi aggiunta in forma aggregata la spesa rinveniente dalla quantificazione dei fondi contrattuali (comprensiva di oneri ed IRAP a carico dell'Azienda).

Al fine del calcolo della spesa di personale, per la verifica del limite di cui all'art. 11 del D. L. 35/2019, convertito in L. n. 60/2019, così come indicato nelle note su citate di indicazioni operative:

- non va computata la spesa per personale appartenente alle categorie protette (L. 68/1999), come precisato dalle Circolari della Funzione Pubblica Prot. N. 46078 del 18/10/2010 e Prot. N. 11786 del 22/02/2011;
- non va computata la spesa dei rinnovi contrattuali (quota standard pari al 24% del costo del personale per l'anno 2025 e 17,72% per la Dirigenza e 20,8% per il comparto per gli anni 2023 e 2024);
- non va computata la spesa per il personale della Sanità Penitenziaria;
- non va computata la spesa per la formazione e le missioni (indennità e rimborsi);
- non va computata la spesa per il personale per le assunzioni ai sensi del D.L. n. 34/2020 e del D.M. 77/2022;

### **RISPETTO DELL'EQUILIBRIO FINANZIARIO**

Nel prospetto seguente si evidenzia, per ciascuna delle annualità **2023 – 2025**, la verifica del rispetto del limite di spesa di cui all'art. 11 del D. L. 35/2019, convertito in L. n. 60/2019, quantificato dalla Regione Puglia con la DGR n. 1876 del 23/12/2024 in € 195.826.352,23 di cui € 12.721.275,59 finalizzate alle assunzioni di cui al D.L. n. 34-2020, D.M. n. 77-2022 ed ex. D.L. n. 73-2021:

		COSTO PTFP ANNO 2023	COSTO PTFP ANNO 2024	COSTO PTFP ANNO 2025
<b>COSTO COMPLESSIVO FABBISOGNO DI PERSONALE</b>		236.014.860,96 €	236.014.860,96 €	269.680.456,98 €
<b>VOCI DA ESCLUDERE (CIRCOLARE RGS N° 9 DEL 17/02/2006)- D.L. 34/2020- D.M. 77/2022</b>	<b>RINNOVI CONTRATTUALI (QUOTA STANDARD PARI AL 24%)</b>	46.186.048,20 €	46.186.048,20 €	64.723.309,68 €
	COSTO PERSONALE DELLA SANITÀ PENITENZIARIA (INCLUDE LE REMS)	846.282,05 €	846.282,05 €	846.282,05 €
	COSTO PERSONALE CLASSIFICATO EX LEGGE N. 68/1999 (DISABILI E CATEGORIE PROTETTE)	7.952.987,62 €	7.952.987,62 €	7.952.987,62 €
	COSTO PERSONALE FINANZIATO CON CONTRIBUTI PROVENIENTI DA PRIVATO	- €	- €	- €
	COSTO PERSONALE FINANZIATO CON CONTRIBUTI PROVENIENTI DALL'UNIONE EUROPEA	- €	- €	- €
	COSTO PERSONALE FINANZIATO CON FONDI DESTINATI ALLA RICERCA	- €	- €	- €
	SPESE PER LA FORMAZIONE E LE MISSIONI (INDENNITÀ E RIMBORSI)	370.000,00 €	370.000,00 €	370.000,00 €
<b>VOCI DA ESCLUDERE (D.L. 34/2020)</b>		- €	- €	6.130.729,36 €
<b>VOCI DA ESCLUDERE (D.M. 77/2022)</b>		- €	- €	6.544.116,08 €
<b>VOCI DA ESCLUDERE (D.L. 73/2021)</b>		- €	- €	26.793,67 €
<b>COSTO FABBISOGNO AL NETTO DELLE VOCI DA ESCLUDERE</b>		<b>180.659.543,08 €</b>	<b>180.659.543,08 €</b>	<b>183.086.238,52 €</b>
<b>TETTO DI SPESA ASSEGNATO CON DGR N. 1876 DEL 23/12/2024</b>		<b>183.105.076,63 €</b>	<b>183.105.076,63 €</b>	<b>183.105.076,63 €</b>
<b>RISORSE A DISPOSIZIONE</b>		2.445.533,55 €	2.445.533,55 €	18.838,11 €

Si precisa che i costi del personale per le finalità di cui al D.L. n. 34/2020, D.M. n. 77/2022 ed ex D.L. 37/2021 sono coerenti con il Piano Operativo inviato alla Regione Puglia con nota prot. n. 13849 del 06/02/2025.

## **STRUMENTI E OBIETTIVI DEL RECLUTAMENTO DI NUOVE RISORSE E DELLA VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE INTERNE**

Nel triennio di riferimento questa Azienda procederà alla copertura dei posti vacanti, determinati come differenza tra il PTFP 2023 – 2025 e il personale in servizio a tempo indeterminato, secondo le modalità previste dalla normativa vigente e nel rispetto delle indicazioni regionali, tenuto altresì conto delle procedure concorsuali già bandite e dei piani assunzionali che, nel rispetto delle tempistiche date, verranno elaborati con valenza trimestrale.

### **Categorie Protette**

La Legge n. 68 del 12/03/1999 recante le “norme per il diritto al lavoro dei disabili”, ha come finalità la promozione e l’inserimento dell’integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato.

Con nota ASL BR prot. n. 55964 del 27/01/2025 questa Azienda ha comunicato all’ARPAL Puglia il numero di scoperture risultanti dal prospetto informativo UNIPI pari a n. 75 (L. 68-99 art. 1) e n. 2 (L. 68-99 art. 18) e provvederà in tempi stretti a provvedere un’apposita convenzione per ricoprire tali scoperture.

## **TABELLA COMPARATIVA, PER PROFILO PROFESSIONALE, DELLA CONSISTENZA DI PERSONALE PTFP 2022-2024 vs PTFP 2023-2025**

<b>Profilo Professionale</b>	<b>PTFP 2022-2024</b>	<b>PTFP 2023-2025</b>
Assistente Amministrativo	104	102
Assistente Amministrativo/dell'informazione	2	2
Assistente Tecnico	13	13
Ausiliario Specializzato	33	48
Coadiutore Amministrativo	94	181
Collaboratore Amministrativo	113	126
Collaboratore Professionale Assistente Sociale	44	58
Collaboratore Professionale Sanitario Assistente Sanitario	44	44
Collaboratore Professionale Sanitario Dietista	10	10
Collaboratore Professionale Sanitario Educatore Professionale	1	3
Collaboratore Professionale Sanitario Fisioterapista	72	130
Collaboratore Professionale Sanitario Igienista Dentale	1	2
Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	1742	2110
Collaboratore Professionale Sanitario Logopedista	9	15
Collaboratore Professionale Sanitario Ortottista	6	6
Collaboratore Professionale Sanitario Ostetrica	70	70
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico della Prev. Ambiente e nei Luoghi di Lavoro	78	86
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico dell'educazione e riabilitazione psich. e psicos.	11	11
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Laboratorio Biomedico	102	108
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Neurofisiopatologia	7	9
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Radiologia Medica	140	150
Collaboratore Professionale Sanitario terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	7	7

Collaboratore Professionale Sanitario Terapisti occupazionali	0	5
Collaboratore Professionale Spec. Comunicazione Istituz.	2	2
Collaboratore Professionale Spec. Comunicazione Istituz./ Giornalista pubblico	1	1
Collaboratore Tecnico Professionale	29	37
Direttore Amministrativo Strutt Complessa	7	8
Direttore Avvocato / Procuratore Legale Strutt Complessa	1	1
Direttore Ingegnere Strutt Complessa	1	1
Direttore Medico	60	62
Direttore Sanitario Farmacista	2	2
Direttore Veterinario	3	3
Dirigente Amministrativo	17	19
Dirigente Analista	0	1
Dirigente Assistente Sociale	0	1
Dirigente Avvocato / Procuratore Legale	3	3
Dirigente Ingegnere	6	6
Dirigente Medico	805	863
Dirigente Professioni Sanitarie	4	5
Dirigente Sanitario Biologo	21	24
Dirigente Sanitario Chimico	0	1
Dirigente Sanitario Farmacista	31	34
Dirigente Sanitario Fisico	5	5
Dirigente Sanitario Psicologo	33	39
Dirigente Veterinario	26	25
Operatore Socio Sanitario	479	584
Operatore Tecnico	99	107
Operatore Tecnico Specializzato	45	35
<b>Totale complessivo</b>	<b>4459</b>	<b>5165</b>

## **Sezione 3.3.1:**

# **Formazione del Personale**

**U.O.S.D. FORMAZIONE AZIENDALE ED UNIVERSITARIA, QUALITÀ**

Sedi: Via Napoli, 8 – 72100 BRINDISI

Piazza A. Di Summa—Polo Universitario - 72100 BRINDISI

Mail: [formazione@asl.brindisi.it](mailto:formazione@asl.brindisi.it)

Pec: [formazione.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it](mailto:formazione.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it)

# PIANO TRIENNALE DELLA FORMAZIONE

## 2025-2026-2027

*Azienda Sanitaria Locale della provincia di Brindisi*

*Via Napoli n. 8 - 72100 BRINDISI Centralino 0831 536111*

[www.sanita.puglia.it/web/asl-brindisi](http://www.sanita.puglia.it/web/asl-brindisi)

*C.F. - P.IVA 01647800745*



## 1. PREMESSA

Il presente Piano Triennale della Formazione definisce la programmazione dell'attività formativa interna dell'ASL Brindisi per il triennio 2025-2027, intesa non solo a sostenere la crescita professionale e culturale delle risorse umane dell'Azienda, rafforzandone le competenze, ma anche a sostenere il processo di cambiamento in atto che interessa tutti i livelli dell'organizzazione, nonché a supportare l'attuazione degli ambiziosi traguardi di trasformazione e di innovazione, legati alle riforme e agli investimenti attivati dal PNRR.

La formazione e lo sviluppo delle conoscenze, delle competenze e delle capacità delle persone costituiscono uno strumento fondamentale nella gestione delle risorse umane dell'Azienda e si collocano al centro del processo di rinnovamento, come previsto dalla strategia di riforma e di investimento promossa dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

La formazione costituisce, infatti, una leva strategica per garantire l'efficacia dell'azione amministrativa e per incrementare la qualità, reale e percepita, dei servizi resi e conseguentemente per raggiungere adeguate performance in grado di soddisfare le domande e i bisogni espressi dagli utenti.

## 2. FINALITA' E OBIETTIVI DEL PIANO TRIENNALE DELLA FORMAZIONE

L'obiettivo del presente Piano triennale della Formazione è quello di supportare ed agevolare la Direzione Aziendale nella realizzazione dei cambiamenti attesi, in vista di nuovi modelli organizzativi ed operativi e della necessità di maggiori e qualificate competenze scientifiche, sostenendo tutti i processi di innovazione tecnico-gestionale in corso, tra i quali i progetti di sviluppo organizzativo e di innovazione (cartella clinica elettronica, sistema di gestione documentale, telemedicina, ecc.).

L'offerta formativa è finalizzata a far acquisire livelli sempre più elevati di competenze, per creare valore aggiunto in termini di qualità dei servizi.

L'impegno è, quindi, quello di mantenere, consolidare e migliorare le competenze interne attraverso la formazione continua, per innalzare le performance e gli standard qualitativi dei professionisti.

Il presente Piano definisce le linee formative per il prossimo triennio, tenendo anche conto dei nuovi scenari di sviluppo previsti dal Piano nazionale di Ripresa e Resilienza, per favorire:

- a) la crescita delle conoscenze delle persone, l'acquisizione e l'aggiornamento nel tempo delle conoscenze tecniche e teoriche specifiche e coerenti con il proprio ambito di lavoro, aumentando la consapevolezza rispetto agli strumenti, alle metodologie e alle normative che occorre conoscere per svolgere i compiti affidati e la capacità di seguirne le evoluzioni;
- b) lo sviluppo delle competenze delle persone, rivolta al miglioramento delle abilità tecniche, delle capacità relazionali e delle competenze di problem solving, tutte essenziali per affrontare le sfide lavorative;
- c) la crescita della coscienza del ruolo ricoperto da ciascun operatore, della consapevolezza del proprio ruolo e delle responsabilità all'interno dell'organizzazione o del gruppo di lavoro in cui opera, per una maggiore coscienza etica e per comprendere l'importanza del contributo individuale per il raggiungimento degli obiettivi comuni per favorire l'affermazione progressiva del senso di responsabilità e di appartenenza e l'affermazione progressiva del senso di responsabilità e di appartenenza.

## 3. METODOLOGIE DIDATTICHE

Sul piano delle metodologie formative, accanto alle classiche modalità di apprendimento legate all'aula (**formazione residenziale – RES**), saranno implementate le attività di **formazione sul campo (FSC)** nelle forme del *Training on the job* e *Tutoring* con l'intento di favorire lo sviluppo di conoscenze condivise che nascono dall'esperienza.

Per i corsi relativi ai progetti di sviluppo organizzativo e di innovazione, al fine di offrire ai partecipanti una reale esperienza di apprendimento, sarà anche adottata la metodologia didattica delle **Esercitazioni e simulazioni**, con l'utilizzo della sala informatica del Polo Universitario di Brindisi. Saranno, altresì, organizzati corsi di **formazione a distanza (FAD)** svolti in maniera sincrona (webinar in contemporanea) e asincrona, attraverso l'utilizzo di piattaforma idonea, con l'uso di tecnologie che consentono la moltiplicazione di scambi e l'accesso a risorse di conoscenza e di esperienza diverse.

La formazione terrà conto di tutte le fasi della vita lavorativa del dipendente e sarà erogata:

- a) in fase di reclutamento, prevedendo la c.d. "formazione iniziale", che precede l'assunzione, oppure immediatamente dopo, ma tendenzialmente prima che il dipendente assuma effettivamente e completamente le funzioni della propria qualifica, al fine di curare particolarmente il processo di inserimento del personale neoassunto (onboarding), predisponendo percorsi formativi che combinino il trasferimento di conoscenze e competenze tecniche con azioni di affiancamento e mentoring volte ad accelerare e consolidare il processo di socializzazione organizzativa;
- b) nei casi in cui il dipendente venga adibito a nuove funzioni o mansioni, per effetto di processi di mobilità, volontaria o obbligatoria;
- c) nelle progressioni professionali e ai fini dell'attivazione delle c.d. "elevate professionalità", considerata la rilevanza delle attività formative ai fini dello sviluppo professionale del dipendente che vi prende parte;
- d) in concomitanza con l'adozione di processi di innovazione che impattano su strumenti, metodologie e procedure di lavoro, fino alle aspettative di ruolo, in modo da agevolare la promozione e attuazione del cambiamento e al contempo contribuire alla crescita complessiva del sistema di competenze dell'amministrazione. Rientrano in quest'ambito, in particolare, i processi di innovazione innescati dal PNRR, relativi alle transizioni digitale, ecologica e amministrativa;
- e) continuamente, durante l'intero percorso lavorativo delle persone per tutta la sua durata (life-long learning). L'investimento delle amministrazioni nella promozione di processi di apprendimento continuo permette alle persone di acquisire competenze aggiornate che possono portare a miglioramenti nei processi, innovazioni nei servizi e modelli di erogazione più efficaci.

#### 4. RESPONSABILITA'

La promozione della formazione costituisce uno specifico obiettivo di performance di ciascun dirigente che deve assicurare la partecipazione attiva dei dipendenti alle iniziative formative, **in modo da garantire il conseguimento dell'obiettivo del numero di ore di formazione pro-capite annue, a partire dal 2025, non inferiore a 40, pari ad una settimana di formazione per anno** (*"direttiva Zangrillo" del 16 gennaio 2025 "Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione. Principi, obiettivi e strumenti"*).

#### 5. ANALISI DEI FABBISOGNI FORMATIVI

La prima fase del processo formativo è l'analisi dei fabbisogni formativi, attraverso cui si identificano le esigenze di formazione e sviluppo delle risorse umane dell'Azienda per far acquisire alle stesse conoscenze e competenze avanzate.

L'analisi dei fabbisogni formativi conduce alla definizione degli obiettivi formativi, intesi come risposta al divario esistente tra abilità, conoscenze e competenze possedute dai lavoratori e quelle che si dovrebbero possedere per raggiungere standard di prestazioni lavorative riconosciute ottimali dall'Azienda, al fine di poter rispondere adeguatamente ai bisogni di salute della popolazione, nonché ai bisogni di funzionamento dell'Azienda.

L'attività metodologica con cui è stata effettuata la raccolta dei bisogni formativi è essenzialmente relazionale, in quanto ha coinvolto i professionisti destinatari, chiamati ad evidenziare le problematiche comuni affrontabili con gli strumenti della formazione e dell'aggiornamento tecnico-scientifico.

La rilevazione dei bisogni formativi, orientata all'individuazione delle priorità formative del personale, è stata realizzata attraverso il coinvolgimento di tutte le Strutture Organizzative, per una pianificazione in grado di accompagnare l'attuale fase di riorganizzazione e garantire il miglioramento della performance individuale ed organizzativa.

Tutti i Direttori di Struttura sono stati invitati ad effettuare l'analisi dei fabbisogni formativi nelle Unità Operative di appartenenza per progettare un percorso di sviluppo professionale in grado di creare un legame tra i bisogni formativi del lavoratore con gli obiettivi di sviluppo e le necessità delle Unità operative/équipe, in armonia con le priorità dell'Azienda.

## **6. LA RETE DEGLI AGENTI DELLA FORMAZIONE**

Al fine di garantire il coinvolgimento degli operatori nella programmazione delle attività di formazione, aggiornamento e addestramento, si è ritenuto opportuno avvalersi della Rete degli Agenti della Formazione, ciascuno dei quali è stato designato dal Dirigente Responsabile di ogni Macrostruttura aziendale.

## **7. OBIETTIVI FORMATIVI**

Il presente Piano Triennale di Formazione è predisposto sulla base della valutazione triennale dei bisogni/obiettivi formativi, in considerazione delle richieste dei Direttori/Responsabili di Struttura, delle particolari situazioni normative e legislative, delle esigenze emerse nel corso dello svolgimento delle attività, della necessità di reingegnerizzare i processi, delle criticità riscontrate a seguito di incontri e riunioni di servizio.

Recepisce, inoltre, gli obiettivi formativi specifici previsti dalla Direttiva adottata il 16 gennaio 2025 dal Ministro della Funzione Pubblica, Paolo Zangrillo, in materia di formazione e valorizzazione del capitale umano, riguardanti il rafforzamento delle seguenti competenze:

- a) competenze di leadership e le soft skill, necessarie per guidare e accompagnare le persone nei processi di cambiamento associati alle diverse transizioni in atto;
- b) competenze per l'attuazione delle transizioni amministrativa, digitale e ecologica e di quelle che caratterizzano i processi di innovazione e, più in generale, di modernizzazione attivati dal PNRR;
- c) competenze relative ai valori e ai principi che contraddistinguono il sistema culturale di pubbliche amministrazioni moderne improntate all'inclusione, all'etica, all'integrità, alla sicurezza e alla trasparenza.

Per quanto precede, la programmazione formativa triennale persegue i seguenti obiettivi generali:

- ✓ Diffondere la conoscenza delle normative europee, nazionali e regionali, linee guida e buone pratiche;
- ✓ Sviluppare le competenze specialistiche specifiche degli operatori sulle più recenti innovazioni tecniche, diagnostico-terapeutiche, assistenziali;
- ✓ Raggiungere un ottimale inserimento dei neo-assunti e dei neo-inseriti attraverso una migliore comprensione degli obiettivi dell'Azienda e del rapporto di collaborazione interna;
- ✓ Arricchire le conoscenze comunicative e relazionali del personale operante nelle Strutture aziendali;
- ✓ Promuovere e sostenere la transizione digitale;
- ✓ Sostenere l'utilizzo dei nuovi sistemi informatici introdotti in Azienda, incentivando il processo di informatizzazione e digitalizzazione dei processi clinico-assistenziali e dei procedimenti amministrativi;

- ✓ Sviluppare la formazione sulla qualità e sul miglioramento continuo;
- ✓ Diffondere la conoscenza dei modelli organizzativi e dei protocolli aziendali;
- ✓ Alimentare la diffusione di una cultura del risultato e della responsabilità nei processi;
- ✓ Sviluppare competenze nel lavoro integrato con stakeholders e mondo del volontariato;
- ✓ Sviluppare la conoscenza di modelli organizzativi e assistenziali innovativi in materia di integrazione Ospedale-territorio, integrazione Socio Sanitaria, assistenza territoriale;
- ✓ Favorire percorsi formativi integrati con i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta;
- ✓ Favorire lo sviluppo di percorsi clinico-assistenziali/diagnostici/riabilitativi (PDTA);
- ✓ Sviluppare la formazione sulle tematiche della medicina di genere e sulla salute di genere.

Inoltre, per il personale dirigente, la formazione persegue l'obiettivo di assicurare l'aggiornamento e lo sviluppo delle competenze per l'esercizio di funzioni di tipo organizzativo-gestionale, oltre che tecniche.

Nello specifico, è finalizzata a promuovere una cultura manageriale di responsabilizzazione e di sostegno al cambiamento organizzativo, a sviluppare le competenze di leadership, di gestione e valorizzazione delle risorse umane e di conduzione dei gruppi di lavoro multidisciplinari, nonché a facilitare la comunicazione interna.

Per il personale di comparto, la formazione è finalizzata alla trasmissione di conoscenze, all'aggiornamento e allo sviluppo delle competenze avanzate per lo svolgimento dell'attività di pertinenza ed all'implementazione delle soft-skills.

## 8. LA FORMAZIONE CONTINUA NEL SETTORE «SALUTE» - LE AREE DEGLI OBIETTIVI FORMATIVI ECM

A norma dell'art. 28 dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano DEL 2/2/2017 *le attività formative devono essere programmate e realizzate tenendo conto degli obiettivi formativi previsti come prioritari nel Programma nazionale E.C.M., nel Piano sanitario nazionale e nei Piani sanitari regionali e delle Province autonome di Trento e Bolzano. La Commissione nazionale individua, in condivisione con il C.T.R., gli obiettivi formativi tenendo conto dei Livelli Essenziali di Assistenza, dei Piani sanitari regionali e delle linee guida di cui all'art. 3 del d.l. n. 158/2012 convertito con modificazioni dalla l. n. 189/2012 e li inserisce in almeno una delle seguenti macroaree:*

- a) **obiettivi formativi tecnico-professionali**, che individuano lo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico-professionali individuali nel settore specifico di attività, consentendo la programmazione di eventi rivolti alla professione o alla disciplina di appartenenza.
- b) **obiettivi formativi di processo** che individuano lo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei processi di produzione delle attività sanitarie, consentendo la programmazione di eventi destinati ad operatori ed équipe che operano in un determinato segmento di produzione
- c) **obiettivi formativi di sistema** che individuano lo sviluppo delle conoscenze e competenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari, consentendo la programmazione di eventi interprofessionali, destinati a tutti gli operatori.

### AREA DEGLI OBIETTIVI FORMATIVI TECNICO-PROFESSIONALI

**Lista obiettivi dal paragrafo 4.2 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM:**

10 - Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;

18 - Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la

medicina di genere;

19 - Medicine non convenzionali: valutazione dell'efficacia in ragione degli esiti e degli ambiti di complementarità;

20 - Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;

21 - Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione;

22 - Fragilità e cronicità (minori, anziani, dipendenze da stupefacenti, alcool e ludopatia, salute mentale), nuove povertà, tutela degli aspetti assistenziali, sociosanitari, e socio-assistenziali;

23 - Sicurezza e igiene alimentari, nutrizione e/o patologie correlate;

24 - Sanità veterinaria. Attività presso gli stabulari. Sanità vegetale;

25 - Farmaco epidemiologia, farmacoeconomia, farmacovigilanza;

26 - Sicurezza e igiene ambientali (aria, acqua e suolo) e/o patologie correlate;

27 - Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione;

28 - Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione trapianto;

29 - Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche, chimiche, fisiche e dei dispositivi medici. Health Technology Assessment;

34 - Accreditemento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;

35 - Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;

36 - Valutazione, analisi, studio, caratterizzazione identificazione di: agenti, sostanze, preparati, materiali ed articoli e loro interazione con la salute e la sicurezza;

37 - Metodologie, tecniche e procedimenti di misura e indagini analitiche, diagnostiche e di screening, anche in ambito ambientale, del territorio e del patrimonio artistico e culturale. Raccolta, processamento ed elaborazione dei dati e dell'informazione;

38 - Verifiche ed accertamenti nei porti e sulle navi anche ai fini della sicurezza; valutazioni ed analisi di esplosivi, combustibili, acceleranti e loro tracce; gestione delle emergenze e degli incidenti rilevanti.

## **AREA DEGLI OBIETTIVI FORMATIVI DI PROCESSO**

### **Lista obiettivi dal paragrafo 4.2 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM:**

3 - Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura;

4 - Appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia. Livelli essenziali di assistenza (LEA);

7 - La comunicazione efficace interna, esterna, con paziente. La privacy ed il consenso informato;

8 - Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale;

9 - Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera;

11 - Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali;

12 - Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure;

13 - Metodologia e tecniche di comunicazione, anche in relazione allo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria;

14 - Accreditemento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizione di nozioni di processo;

15 - Multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria, medicina relativa alle popolazioni migranti;

30 - Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con

acquisizione di nozioni di processo;

32 - Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di processo.

## **AREA DEGLI OBIETTIVI FORMATIVI DI SISTEMA**

### **Lista obiettivi dal paragrafo 4.2 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM:**

1 - Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP);

2 - Linee guida - protocolli - procedure;

5 - Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie;

6 - Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale;

16 - Etica, bioetica e deontologia;

17 - Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni di sistema;

31 - Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni di sistema;

33 - Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di sistema.

## **9. PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITA' FORMATIVE**

La programmazione delle attività formative, effettuata sulla base della rilevazione dei fabbisogni formativi e della definizione degli obiettivi, seguirà i seguenti temi:

### **a) FORMAZIONE AZIENDALE "OPE LEGIS", (prevista e imposta dalla legge o da altre fonti normative, generali e di settore)**

- salute e sicurezza sui luoghi di lavoro (d.lgs. n. 81 del 2008, art. 37)
- formazione per i Lavoratori Addetti alla prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione dell'emergenza ai sensi del D.Lgs 81/08
- formazione ed aggiornamento responsabile e addetti al servizio di prevenzione e protezione aziendale
- prevenzione della corruzione (l. n. 190 del 2012, art. 5)
- Etica, trasparenza, integrità nella Pubblica Amministrazione
- Protezione dei dati personali (Reg. UE 2016/679)
- Rischio clinico ed occupazionale
- formazione per addetti videosorveglianza
- attività di informazione e di comunicazione delle amministrazioni (L. n.150 del 2000, art.4)
- contratti pubblici
- lavoro agile

### **b) MIDDLE MANAGEMENT**

- Leadership e lavoro di squadra
- Innovazione e cambiamento organizzativo
- Gestione e valorizzazione delle risorse umane
- la cultura della qualità
- performance management

### **c) FORMAZIONE SU TEMATICHE TRASVERSALI**

- sviluppo delle competenze digitali
- appalti pubblici e contratti
- nuovo sistema di contabilità
- benessere organizzativo
- pari opportunità
- trasformazione digitale
- modelli organizzativi gestionali
- applicazione/ diffusione linee guida - protocolli- procedure
- multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria
- la comunicazione infausta: aspetti etici e relazionali
- il tempo della comunicazione: tempo di cura
- la gestione dei conflitti: tecniche, strumenti e competenze
- aspetti relazionali e umanizzazione delle cure
- la comunicazione efficace
- la gestione dello stress nell'emergenza acuta: linee guida e finalità
- il disturbo da stress post-traumatico: il supporto psicologico nei traumi complessi verso donne, minori, soggetti fragili

**d) FORMAZIONE DIGITALE – ICT ED INNOVAZIONE TECNOLOGICA:**

- formazione in tema di competenze digitali (SYLLABUS)
- formazione sulla cartella clinica elettronica ambulatoriale ed ospedaliera (Progetto Regione Puglia)
- formazione sul nuovo sistema di gestione documentale e protocollo informatico
- addestramento del personale coinvolto nell'utilizzo, manutenzione e dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali
- innovazioni tecnologiche ed organizzative
- Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0

**e) RISORSE UMANE**

- formazione per il personale di nuovo inserimento
- nuova disciplina del lavoro pubblico, azione amministrativa e riforme
- Il nuovo CCNL del comparto sanità
- trattamento giuridico e previdenziale del personale
- nuove modalità di reclutamento del personale
- misurazione della performance
- formazione per l'acquisizione di competenze relazionali
- formazione del personale di contatto con il pubblico
- piani di formazione e aggiornamento sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di gestione di eventi avversi
- formazione linguistica in inglese

**f) PATRIMONIO E TECNOLOGIE**

- Progettazione, manutenzione e valorizzazione degli immobili a destinazione sanitaria
- verifica di progetto, controlli e ispezioni in corso d'opera
- Il nuovo codice degli appalti
- Il PNRR
- formazione sull'utilizzo del sistema informativo amministrativo-contabile regionale MOSS

**g) AFFARI GENERALI E CONTENZIOSO**

- Il procedimento amministrativo
- L'accesso agli atti
- Problematiche fiscali legate all'attività di recupero crediti

- la responsabilità professionale della struttura e dei professionisti sanitari.

#### **h) PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE**

- screening oncologici
- screening epatite C (HCV)
- prevenzione vaccinale
- medicina dei viaggi e delle migrazioni
- malattie emergenti e riemergenti: gestione e prevenzione
- antimicrobico-resistenza “scenari, priorità e obiettivi, secondo un approccio ONE HEALTH”
- promozione dei corretti stili di vita (es. formazione dei “walking leaders” per attività motoria)
- sistemi di sorveglianza (es. PASSI, PASSI D’ARGENTO)
- igiene e sicurezza ambientale
- sicurezza e qualità dell’acqua
- inquinamento indoor
- autorizzazione e accreditamento delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie
- la medicina necroscopica e le certificazioni medico-legali rilasciate dal medico del Dipartimento di Prevenzione
- procedure di polizia giudiziaria previste nella redazione di Notizie di Reato
- privacy e gestione dei dati sensibili in sanità
- azioni successive ai controlli ufficiali, il diritto alla difesa in caso di campionamento ed analisi
- sicurezza alimentare
- nutrizione umana, celiachia e disturbi del comportamento alimentare
- Piano Nazionale Alimentazione Animale (PNAA): realizzazione e adempimenti
- mitili ed echinodermi: pericoli sanitari emergenti e attività di campionamento
- la filiera dei prodotti a base di latte: i pericoli emergenti e le tecniche di campionamento
- anagrafe degli stabilimenti e degli operatori e banche dati relative ai controlli ufficiali - controperizia e controversia
- metodologie efficaci di valutazione e gestione del rischio chimico e cancerogeno
- randagismo
- igiene degli ambienti di vita e di lavoro e di uso collettivo

#### **i) FARMACOVIGILANZA**

- farmacovigilanza e vigilanza sui dispositivi medici
- la vigilanza ispettiva sulle farmacie

#### **j) RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO**

- formazione degli operatori per la gestione dei codici rosa
- la neoplasia mammaria: la BREAST UNIT incontra il territorio
- autorizzazione e accreditamento strutture sanitarie e socio-sanitarie correlati al fabbisogno regionale di assistenza – programmazione sanitaria regionale
- cure palliative – rete assistenziale territoriale
- produzione, implementazione e monitoraggio dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali - PDTA;
- il casemanager
- il ruolo del MMG e PLS nella gestione dei percorsi di cura
- la telemedicina

#### **k) RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA**

- principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie
- formazione specifica con particolare riferimento al miglioramento della qualità in alcune aree particolari (emergenza, materno infantile, oncologia, chirurgia cardiovascolare, chirurgia generale, nefrologia, ginecologia, chirurgia bariatrica, medicina nucleare, ecc.);

- sviluppo di competenze di orientamento all'utente/cliente
- dinamiche comunicative e relazionali nelle situazioni di emergenza
- corso teorico pratico di ecografia clinica
- infezioni correlate all'assistenza. la sepsi, l'antimicrobial stewardship
- ricerca per la pratica clinica
- One Stop Imaging funzionale e morfologico
- la medicina nucleare nello studio delle patologie neurodegenerative con demenza
- ventilazione invasiva e non invasiva; trattamento della ards
- il paziente neurochirurgico: approccio terapeutico e monitoraggio
- il paziente politraumatizzato
- donazione/espianati di organi
- malattie infettive e Aids
- Advances In Plastic Surgery
- gestione del donatore e produzione di emocomponenti – SISTRA (emovigilanza e sorveglianza del donatore-qualità) - concetti di rischio clinico
- la donna protagonista della salute: aggiornamenti in ginecologia ed ostetricia
- formazione teorico-pratica di accessi venosi
- accessi vascolari e emodinamica
- sicurezza nell'uso dell'azoto liquido
- gestione del paziente con tumori gastroenteropancreatici
- corso base di rianimazione neonatale
- malattie croniche di fegato e stile di vita

#### **l) ASSISTENZA TERRITORIALE**

- Assistenza di prossimità
- la mobilità' sanitaria internazionale
- integrazione socio sanitaria: strumenti di presa in carico
- anagrafe degli assistiti
- medicina consultoriale: presa in carico della gravida e della puerpera
- 

#### **m) MEDICINA DI GENERE**

- La cultura della Medicina di Genere: promuovere la consapevolezza sulle differenze di genere in ambito sanitario

#### **n) APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA**

- Appropriata prescrizione

#### **o) STATISTICA ED EPIDEMIOLOGIA**

- Registro Tumori

#### **p) FRAGILITA'**

- minori, anziani, disabili, salute mentale
- dipendenze patologiche

#### **o) SERVIZIO E/U 118**

- Corsi BLS
- Corsi ACLS
- Corsi ATLS
- ecografia clinica in emergenza/urgenza

#### **p) COINVOLGIMENTO DEL CITTADINO (empowerment) e associazioni del terzo settore**

- Formazione per accrescere le competenze necessarie affinché le persone siano attivamente coinvolte, come singoli, come organizzazioni e come comunità, nelle decisioni che riguardano la salute

**q) FORMAZIONE PER CAREGIVER**

- Il caregiver informato e formato protagonista del percorso di salute.

**v) IL CASE MANAGER ED IL CARE MANAGER**

- percorso formativo per case manager e care manager

**z) FORMAZIONE SPECIALISTICA DEL TUTOR CLINICO NEI CORSI DI STUDI UNIVERSITARI**

La programmazione dei progetti formativi, in coerenza con il presente Piano Triennale della Formazione, verrà realizzata con i Piani Formativi Aziendali annuali.

L'attuazione e gestione del Piano Formativo Aziendale annuale è assicurata dall'UOSD Formazione Aziendale ed Universitaria, Qualità che, per ciascun Corso:

- Acquisisce il progetto di dettaglio predisposto dal Responsabile Scientifico d'intesa con il Direttore della Struttura Organizzativa proponente;
- dispone l'attivazione di ciascun Corso e cura l'istruttoria dei procedimenti amministrativi necessari all'attuazione ed erogazione degli eventi formativi;
- supervisiona e coordina le fasi di organizzazione ed erogazione dei Corsi;
- provvede alla liquidazione delle spese sostenute imputabili al conto economico della Formazione;
- effettua le procedure di accreditamento ECM, nel rispetto della normativa vigente.

**10) ACCREDITAMENTO PROGETTI FORMATIVI**

L'Azienda, in qualità di provider ECM, provvederà ad accreditare i Corsi rivolti al personale del ruolo sanitario.

**11) FORMAZIONE OBBLIGATORIA**

La partecipazione alle iniziative di formazione o di aggiornamento professionale inserite nel Piano di Formazione Annuale è considerata formazione obbligatoria e conseguentemente servizio utile a tutti gli effetti qualora riguardi le seguenti materie:

- Formazione Sicurezza Lavoratori, Dirigenti, Preposti, RLS e altri corsi Corsi Dlgs 81/2008
- Antincendio (se il dipendente ha ricevuto la convocazione da parte del SPPA o se lo stesso dipendente è stato segnalato come componente della squadra antincendio da parte del Dirigente-Coordiatore dell'UO di appartenenza).
- Prevenzione della Corruzione, Trasparenza nella Pubblica Amministrazione
- Protezione dei dati personali (Reg. UE 2016/679)
- Rischio clinico ed occupazionale
- Etica e deontologia
- formazione per addetti videosorveglianza
- Primo Soccorso, se il dipendente è stato segnalato da parte del Dirigente-Coordiatore dell'UO di appartenenza al SPPA come addetto a queste funzioni;

- BLSA se il dipendente/convenzionato ha ricevuto specifica disposizione da parte del proprio Dirigente-Coordiatore a partecipare al Corso per assicurare che nell'UO vi sia un sufficiente numero di operatori addestrati alle manovre di rianimazione.
- Formazione sul campo (FSC)
- Corsi FORMALMENTE dichiarati obbligatori per il partecipante da parte della Direzione Strategica.

## **12) VALUTAZIONE DEI RISULTATI E DELL'EFFICACIA DELL'INTERVENTO FORMATIVO – MONITORAGGIO E RENDICONTAZIONE**

Ogni intervento formativo o di addestramento è verificato dalle funzioni preposte in termini di gradimento, apprendimento, comprensione ed efficacia.

La verifica di efficacia delle attività per lo sviluppo delle competenze è effettuata valutando le ricadute professionali organizzative osservabili e misurabili nel post-formazione.

Essa è rappresentata:

- dalle verifiche di efficacia eseguite al termine dei corsi di formazione;
- dalle verifiche dei risultati attraverso i feedback dei responsabili, tenuti all'analisi e osservazione dell'operato del personale ai diversi livelli dell'organizzazione.

I risultati di apprendimento attesi riguardano:

- l'aggiornamento delle conoscenze, abilità e attitudini utili a una pratica competente ed esperta;
- una maggiore efficienza delle procedure in considerazione delle aumentate competenze;
- un miglior clima aziendale;
- il miglioramento della performance di struttura ed individuale.

In sede di valutazione, sarà verificato il contributo e l'impatto determinato dagli investimenti in formazione e sviluppo del capitale umano per la crescita delle persone, il miglioramento della performance e la produzione di valore pubblico.

## **13) FORMATORI INTERNI**

Il Piano formativo triennale intende favorire la figura di Formatori Interni, allo scopo di valorizzare il patrimonio di competenze acquisite dal personale nella diffusione dei saperi e delle tecniche, nonché di incrementare il processo di scambio di buone pratiche tra colleghi, prevedendo l'integrazione, ove necessario, di esperti esterni.

## **14) FORMAZIONE ESTERNA OBBLIGATORIA**

La formazione extra-aziendale obbligatoria deve rispondere ad oggettivi bisogni formativi su contenuti non acquisibili all'interno dell'Azienda e pertanto deve tener conto dei seguenti requisiti:

- stretta correlazione dell'iniziativa formativa con il profilo e i fabbisogni del Professionista;
- qualità della proposta formativa, con riferimento ai profili dell'innovazione e dell'eccellenza;
- coerenza con gli obiettivi di budget;
- miglioramento dell'efficienza ed efficacia delle attività Istituzionali.

## **15) RISORSE FINANZIARIE**

Per conseguire gli obiettivi formativi necessari per l'attuazione dei processi di innovazione promossi dal (e necessari per l'attuazione del) PNRR, l'Azienda si avvale in primo luogo delle risorse messe a

disposizione a titolo gratuito dal Dipartimento della funzione pubblica attraverso la piattaforma "Syllabus: nuove competenze per le pubbliche amministrazioni"(Syllabus).

Le opportunità di formazione promosse dal Dipartimento della funzione pubblica e dal sistema di enti pubblici preposti, saranno integrate dai percorsi formativi di approfondimento e di carattere specialistico definiti dall'Azienda nel quadro delle specifiche aree di competenza.

Appare ragionevole prevedere che le risorse economiche necessarie a soddisfare la formazione che sarà organizzata dall'Azienda nel triennio, per tutte le categorie, possa attestarsi intorno ad € 120.000,00 per anno.

## **16) CONCLUSIONI**

Il presente Piano Triennale della Formazione è caratterizzato da ampia flessibilità: potrà essere integrato da altre iniziative formative per soddisfare fabbisogni non prevedibili nella fase di pianificazione, determinati da esigenze aziendali sopraggiunte o da nuovi indirizzi nazionali e regionali. I progetti di Corsi non presenti nei Piani Annuali della Formazione dovranno essere preventivamente valutati e autorizzati dalla Direzione Generale con il parere del Comitato Scientifico.

Sezione 4 :  
Monitoraggio

Il monitoraggio del P.I.A.O. è effettuato dagli uffici competenti, ciascuno per la propria area di riferimento. In particolare:

- **Il Piano Triennale delle Performance:** quest'Azienda adotta la Relazione sulle Performance il 30 giugno dell'anno successivo;
- **Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione,** il monitoraggio è effettuato dalla U.O.S.D. Affari Generali;
- **Il P.T.F.T. e P.O.L.A,** il monitoraggio è effettuato dall'Area Gestione del Personale secondo le scadenze previste dalla normativa vigente;
- **Il Piano Triennale per la Formazione del Personale,** il monitoraggio è effettuato dalla U.O.S.D. Formazione aziendale e universitaria, Qualità e Accreditamento.

L'attività di monitoraggio, altresì, è esercitata anche dall'**O.I.V. Aziendale** in conformità a quanto previsto dalla normativa in materia di performance.