



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
VITERBO



REGIONE  
LAZIO

# Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027



## Sommario

<b>PREMESSA .....</b>	<b>2</b>
<b>ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE .....</b>	<b>4</b>
<b>SEZIONE VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE .....</b>	<b>10</b>
A. VALORE PUBBLICO .....	10
B. PERFORMANCE .....	14
C. RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA .....	44
<b>SEZIONE ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO .....</b>	<b>90</b>
D. STRUTTURA ORGANIZZATIVA .....	90
E. STRATEGIE DI COPERTURE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE .....	99
F. STRATEGIE DI FORMAZIONE DEL PERSONALE .....	100
<b>SEZIONE MONITORAGGIO .....</b>	<b>102</b>
<b>ALLEGATI .....</b>	<b>105</b>

## PREMESSA

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

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

Il PIAO intende rispondere alle seguenti finalità:

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

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

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

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

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

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

- a) Valore pubblico;
  - b) Performance;
  - c) Rischi corruttivi e trasparenza;
- 2) Sezione Organizzazione e capitale umano, suddivisa nelle seguenti sottosezioni:
- a) Struttura organizzativa;
  - b) Organizzazione del lavoro agile;
  - c) Piano triennale dei fabbisogni di personale;
- 3) Monitoraggio.

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

## ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

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

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

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

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

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



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

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

Di seguito si riporta una tabella riepilogativa che evidenzia la programmazione regionale dei posti letto nella ASL di Viterbo nel prossimo triennio come da DGR 869 del 7 dicembre 2023:

VITERBO		PL NSIS 2023		PL Equivalenti 2022		Programmazione 2024-2026		Programmazione oltre 2026	
		PL	x1.000ab	PL	x1.000ab	PL	x1.000ab	PL	x1.000ab
<b>Totale</b>		680	2,15	654	2,07	949	3,00	949	3,00
<i>Acuti</i>		535	1,69	519	1,64	731	2,31	731	2,31
<i>Post-Acuti</i>		145	0,46	135	0,43	218	0,69	218	0,69
<b>Pubblico</b>	<b>Totale</b>	492	1,56	468	1,48	703	2,22	703	2,22
	<i>Acuti</i>	491	1,55	467	1,48	687	2,17	687	2,17
	<i>Post-Acuti</i>	1	0,00	1	0,00	16	0,05	16	0,05
<b>Privato</b>	<b>Totale</b>	188	0,59	186	0,59	198	0,63	198	0,63
	<i>Acuti</i>	44	0,14	52	0,16	44	0,14	44	0,14
	<i>Post-Acuti</i>	144	0,46	134	0,42	154	0,49	154	0,49
<b>Fabbisogno aggiuntivo*</b>	<b>Totale</b>					48	0,15	48	0,15
	<i>Post-Acuti</i>					48	0,15	48	0,15

L'offerta di posti letto da privato accreditato è la seguente:

OFFERTA ATTIVA PPLL PRIVATO ACCREDITATO ACUTI	LUNGODEGENZA	RIABILITAZIONE
CASA DI CURA NUOVA SANTA TERESA	44	
VILLA IMMACOLATA		31
CASA DI CURA NEPI		20
<b>TOTALE</b>	<b>44</b>	<b>51</b>

\*offerta coerente con la programmazione di cui alla DGR 869 del 07 dicembre 2023 (Programmazione della rete ospedaliera 2024/2026, in conformità agli standard previsti dal DM 70/2015)

**Offerta attiva da privato accreditato attivo e contrattualizzato per assistenza territoriale (RSA, Riabilitazione art. 26, neuropsichiatria, hospice)\***

Struttura		Dotazione	Livello assistenziale	Dotazione
Villa Immacolata	Art. 26	240	Residenziale	20
Villa Immacolata	Art. 26		Semiresidenziale	30
Villa Immacolata	Art. 26		Non residenziale	190
Villa Immacolata	RSA	80	Alto	60
Villa Immacolata	RSA		Basso	20
Villa Immacolata	RI	10		10
Villa Rosa	RSA	80	Alto	40
Villa Rosa	RSA		Basso	40
Villa Rosa	Neuropsichiatria	60	STPIT	30
Villa Rosa	Neuropsichiatria		SRTRI	10
Villa Rosa	Neuropsichiatria		SRTRE	10
Villa Rosa	Neuropsichiatria		SRSR 24 H	10
Villa Rosa	Hospice	50	domiciliare	40
Villa Rosa	Hospice		residenziali	10
Casa di Cura di Nepi	Hospice	150	domiciliare	120
Casa di Cura di Nepi	Hospice		residenziali	30
Casa di Cura di Nepi	RSA	104	Alto	40
Casa di Cura di Nepi	RSA		Basso	40
Casa di Cura di Nepi	RSA		Estensivo	24
Casa di Cura Nuova S.Teresa	Hospice	25	domiciliare	20
Casa di Cura Nuova S.Teresa	Hospice		residenziali	5
L'Assunta (Bassano)	RSA	60	Alto	20
L'Assunta (Bassano)	RSA		Basso	40
RSA- Viterbo / Domus	RSA	60	Alto	40
RSA - Viterbo / Domus	RSA		Basso	20
Residenza Cimina (Ronciglione)	RSA	68	Alto	52
Residenza Cimina (Ronciglione)	RSA		Basso	16
Padre Luigi Monti (Montefiascone)	RSA	120	Basso	120
Villa Serena (Montefiascone)	RSA	80	Alto	40
Villa Serena (Montefiascone)	RSA		Basso	40
Villa Benedetta	RSA	35	Alto	35
Villa Anna (Faleria)	RSA	20	Alto	20
Myosotis	RSA	40	Alto	20
Myosotis	RSA		Basso	20
Villa Buon Respiro	Art. 26	230	Residenziale	95
Villa Buon Respiro	Art. 26		Semiresidenziale	35
Villa Buon Respiro	Art. 26		Non residenziale	100
Villa Margherita Montefiascone	Art. 26	233	Residenziale	120
Villa Margherita Montefiascone	Art. 26		Semiresidenziale	33
Villa Margherita Montefiascone	Art. 26		Non residenziale	80
AGATOS	Neuropsichiatria	10	SRTRE	10
AIRRI	Art. 26	275	Non residenziale estensivo	130
AIRRI	Art. 26		Non residenziale domiciliare	145
Totale				2.030

\*offerta coerente con la programmazione di cui alla DGR 976 del 28 dicembre 2023 (adozione del Piano di programmazione dell'assistenza territoriale 2024/2026)

Strutture territoriali che offrono servizi sanitari:

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



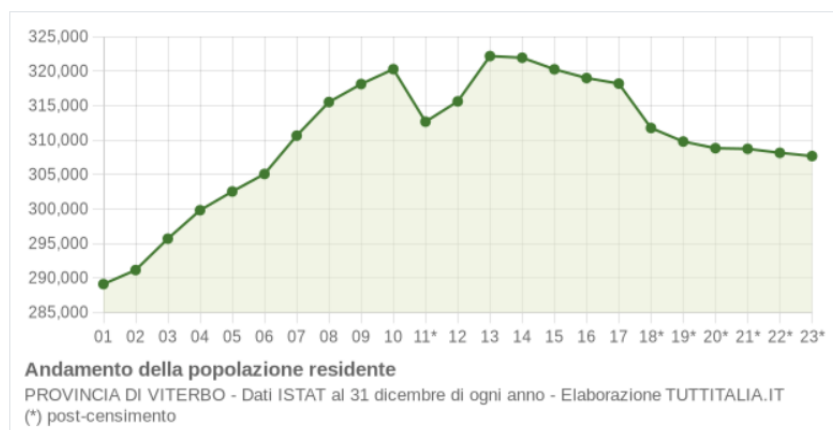
## I dati della popolazione residente

La popolazione al 1 gennaio 2024 è di 307.686 abitanti (Istat).

Provincia/Città Metropolitana		Popolazione residenti	Superficie km²	Densità abitanti/km²	Numero Comuni
1. Città Metropolitana di <b>ROMA CAPITALE</b>	RM	4.225.409	5.365,77	787	121
2. Latina	LT	566.873	2.256,02	251	33
3. Frosinone	FR	464.789	3.248,42	143	91
4. Viterbo	VT	307.686	3.616,26	85	60
5. Rieti	RI	149.988	2.750,02	55	73
Totale		5.714.745	17.236,49	332	378

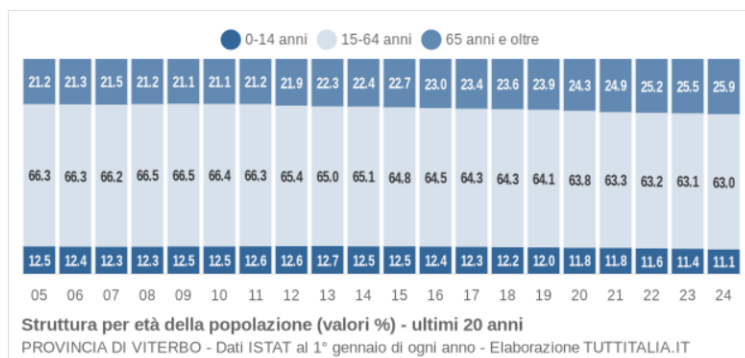
Classifica delle province del Lazio ordinata per popolazione residente. Dati aggiornati al 01/01/2024 (Istat). - Elaborazione TUTTITALIA.IT

La densità di popolazione è pari a 85 ab./Km², collocando la provincia di Viterbo all'86° posto su 110 province italiane. Nel confronto con le province del Lazio risulta quarta seguita da Rieti.



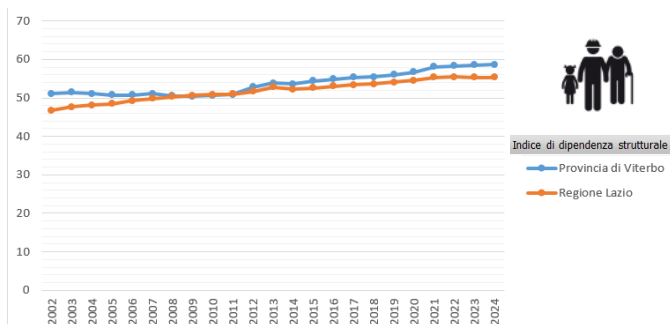
Andamento demografico dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

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



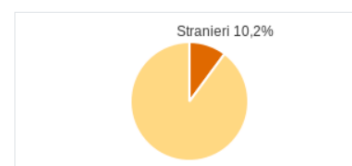
Struttura popolazione per età - dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Nella provincia di Viterbo l'indice di dipendenza strutturale (vedi grafico) è pari a 58,5 significa che ogni 100 persone in età lavorativa ci sono 58,5 persone a carico (bambini e anziani). Anche questo valore colloca la provincia di Viterbo sopra la media regionale.

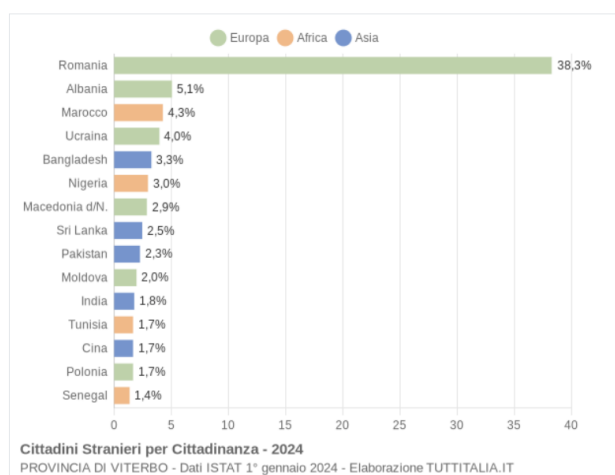


Indice di dipendenza strutturale – Dati TUTTITALIA.IT aggiornati al 01/01/2024 - Elaborazione Controllo di Gestione

Gli stranieri residenti in provincia di Viterbo al 1° gennaio 2024 sono 31.534 e rappresentano il 10,2% della popolazione residente; la popolazione immigrata, che risulta essere in aumento rispetto al periodo precedente, è di fatto diventata una componente strutturale nel territorio (15.752 donne contro 15.782 uomini).



La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla Romania con il 38,3% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'Albania (5,1%) e dal Marocco (4,3%).



Provenienza popolazione straniera - dati ISTAT - elaborazione TUTTITALIA.IT

## SEZIONE VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

### A. VALORE PUBBLICO

“LA VERA RICCHEZZA DEL SISTEMA SANITARIO È LA SALUTE DEI CITTADINI” (Piano Sanitario Nazionale 2011-2013)

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

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

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

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

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

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

La visione strategica dell'azienda è sviluppare integrazioni, alleanze e strategie sia all'interno dell'organizzazione con lo sviluppo dei processi di aziendalizzazione e responsabilizzazione della

dirigenza su obiettivi e risultati, sia all'esterno per arricchire il capitale sociale esistente e migliorare l'offerta dei servizi.

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

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

- contribuire alla specificità del bisogno assistenziale di cui è portatrice la persona a cui sono diretti i servizi, l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza allocativa ed operativa delle risorse mobilitate e il loro rendimento;
- garantire una relazione personale e di fiducia e di empatia fra paziente e professionista;
- garantire la libertà clinica e l'autonomia professionale che si estrinsecano nella predisposizione di percorsi clinico-assistenziali integrati, efficaci, efficienti, appropriati, in una logica stringente di governo clinico;
- curare il proprio capitale professionale per fornire opportunità di crescita e di carriera alle competenze presenti che sappiano distinguersi per autorevolezza e impegno;
- ritenere l'etica come componente professionale ineludibile;
- sostenere la collaborazione fra i soggetti interni ed esterni al fine di contribuire agli obiettivi di miglioramento della salute e del benessere della popolazione.

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

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

Le linee di tendenza in atto concorrono a delineare uno scenario nel quale l'organizzazione territoriale e quella ospedaliera, dotate di paradigmi diversi, finalmente possono integrarsi. La ricchezza di strutture presenti sul territorio della provincia di Viterbo, la presenza di numerose municipalità, la presenza di competenze professionali diffuse consentono di elaborare uno scenario

in cui i pazienti si “muoveranno” di meno dalle proprie residenze mentre si muoveranno di più le informazioni, le immagini, i campioni biologici.

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

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

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

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

L'innovazione tecnologica si conferma uno degli strumenti essenziali per realizzare la riorganizzazione dell'Azienda nel perseguimento degli obiettivi delineati negli atti di programmazione della Direzione Strategica. La riprogettazione delle tecnologie, definita nel triennio 2025-2027 è funzionale alla realizzazione della nuova architettura aziendale incentrata sulle Reti ed i Percorsi che consentono un'erogazione dell'offerta coerente con i fabbisogni rilevati dai Profili di Salute, con la tipologia demografica e coerenti al bacino di utenza.

A livello infrastrutturale, le opportunità offerte dal PNRR-PNC hanno permesso la messa in sicurezza e la riqualificazione di molte delle strutture sanitarie, utilizzando inoltre i fondi messi a disposizione della Regione Lazio per la manutenzione straordinaria e quelli provenienti dalle DGR 861/2017, DGR 180/2018, DL 34/2020, la L. 67/88, dai fondi per il Giubileo 2025.

Di particolare rilevanza l'impatto delle nuove aree sanitarie collegate all'ampliamento del Presidio di Belcolle, che assumerà a breve la denominazione di Ospedale S. Rosa, per rendere ancora più forte il legame con il territorio. Nel Presidio, infatti, saranno attivati nuovi posti letto in esecuzione del Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera 2024/2026 di cui alla DGR 869/2023, potenziati i servizi, in particolare quelli d'urgenza, a partire dal nuovo Pronto Soccorso e dalle nuove sale destinate alla diagnostica interventistica, dotate di strumentazione all'avanguardia.

E' inoltre previsto il consolidamento ed il potenziamento dei sistemi di sicurezza informatica in grado di proteggere e garantire i dati e le comunicazioni.

La presente sottosezione sulla Performance viene sviluppata in coerenza ai principi fissati dal D. Lgs. n.150/2009 *“Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”*, che prevede l'adozione di un documento programmatico triennale denominato *"Piano della Performance"* che individua gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, definendo gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle prestazioni dell'Amministrazione, dei dirigenti e dei dipendenti non dirigenti, secondo criteri strettamente connessi al soddisfacimento dell'interesse del destinatario dei servizi e degli interventi.

Il Piano della performance ha la finalità di rendere partecipe la Comunità degli obiettivi che l'ASL di Viterbo si è prefissata per il triennio 2025-2027 garantendo ampia trasparenza e diffusione delle informazioni.

## B. PERFORMANCE

La presente sottosezione sostituisce quindi il Piano della Performance previsto dall'art. 10 del D.Lgs n. 150/2009 *“Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”*. In tale sezione vengono individuati gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, definendo gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle prestazioni dell'Amministrazione, dei dirigenti e del comparto, secondo criteri strettamente connessi al soddisfacimento dell'interesse del destinatario dei servizi e degli interventi, garantendo ampia trasparenza e diffusione delle informazioni.

### I. La performance della ASL di Viterbo 2025-2027

La sottosezione della Performance della Asl di Viterbo 2025-2027 è stata redatta in coerenza con gli strumenti di programmazione nazionale e regionale, con i vincoli di Bilancio ed a partire dal Nuovo Sistema di Garanzia e dal Piano Nazionale Esiti.

È coerente con il Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del SSR 2019-2021, approvato con DCA U00081 del 25 giugno 2020, con gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali con DGR 606 dell'8 agosto 2024, con la programmazione regionale di cui alla DGR 869 del 7 dicembre 2023 *“Approvazione del Documento Tecnico: “Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015”*, con la DGR 976 del 28 dicembre 2023 *“Adozione del Piano di programmazione dell'Assistenza territoriale 2024 – 2026”* nonché con il DM 77 del 23 maggio 2022 *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”*

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

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

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

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

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

Questo modello consente di meglio individuare la collocazione appropriata delle strutture intermedie quali Case della Comunità e Ospedali di comunità, tenendo in considerazione il baricentrismo della posizione individuata, i servizi già in essere e l'adeguatezza delle strutture come definito nel PNRR come da tabella che segue:

Distretto	Casa della Comunità	Centri cure primarie	Ospedali di comunità	Centrali operative
A	HUB: Acquapendente, Montefiascone*, Tarquinia*, Bagnoregio*, Bolsena*, Tuscania*	Valentano, Marta, Montalto di Castro	Acquapendente (20 pl) Montefiascone (15 pl) (già Polo riabilitativo)	COT-D
B	HUB: Viterbo, Orte, Soriano nel Cimino*		Orte (20 pl)	COT-A/D CO H-T
C	HUB: Civita Castellana, Ronciglione* SPOKE: Vetralla	Nepi	Ronciglione (20 pl)	COT-D

*\*classificate come HUB da Deliberazione Regione Lazio 24 maggio 2022, n. 332*

Il presente documento è stato aggiornato a seguito dell'adozione del Piano di programmazione dell'Assistenza territoriale 2024-2026, di cui alla DGR 976 del 28 dicembre 2023 per renderlo coerente con gli obiettivi nello stesso definitivi. In particolare, è rafforzato l'obiettivo di implementare il sistema di assistenza territoriale, definendo e aggiornando in maniera puntuale i fabbisogni di salute della popolazione, i criteri di accesso e di eleggibilità degli utenti, le procedure di transizione tra i diversi setting assistenziali, i sistemi di remunerazione delle prestazioni, i criteri ed il cronoprogramma per la contrattualizzazione delle strutture private accreditate in un'ottica di integrazione sociosanitaria. Tutto ciò a partire dal rafforzamento della governance distrettuale e dall'implementazione delle azioni proattiva che si sostanziano attraverso l'intervento sulle fasce più a rischio della popolazione, attraverso le UCP/AFT e l'Infermiere di Famiglia e di Comunità, per l'individuazione ed erogazione delle prestazioni sanitarie necessarie alle persone con patologie croniche, fragili, non autosufficienti, con disabilità, con disturbi mentali e dipendenze patologiche.

Analogamente, il documento è stato aggiornato a seguito della nuova programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 approvata con la DGR n. 876 del 7 dicembre 2023. La nuova programmazione regionale ha la finalità di garantire un Servizio Sanitario Regionale (SSR) universalistico, sostenibile, centrato sulla continuità assistenziale, organizzato per valorizzare le



risorse professionali e preparato per gestire eventi di emergenza sanitaria, implementando il percorso di riprogrammazione dell'offerta ospedaliera intrapreso con la determinazione n. 01328 del 10/02/2022, secondo una metodologia centrata sulla trasparenza dei posti letto disponibili, su un'attività periodica di monitoraggio di quanto programmato e di rivalutazione dell'offerta in relazione all'appropriatezza ed ai risultati assistenziali. Nella sezione "Anagrafica dell'Amministrazione" è riportata la programmazione della rete ospedaliera relativa alla ASL di Viterbo.

La programmazione aziendale triennale, a partire dal 2025, si basa sui seguenti capisaldi:

- la revisione dei processi organizzativi aziendali in relazione al principio che qualità, appropriatezza clinica ed organizzativa sono gli unici elementi che garantiscono la sostenibilità del sistema economico dell'azienda, a partire dal Piano Territoriale sanitario e socio sanitario aziendale;
- la riqualificazione dei servizi e delle strutture, costruendo i percorsi di cura sulla persona, garantendo omogeneità nell'offerta, direttamente collegata ai bisogni ed alla domanda, espressa e inespressa, attraverso la realizzazione dei Progetti Individuali di Salute (PRIS) come descritti in dettaglio nel Piano Territoriale;
- la digitalizzazione del Sistema Salute al fine di garantire una maggiore efficacia degli strumenti informatici a supporto degli operatori nei processi di cura e per incrementare la facilità di accesso ai servizi da parte dei cittadini, anche in relazione alle linee d'intervento specificate dal PNRR e dal Piano Territoriale aziendale;
- il rafforzamento del sistema delle responsabilità, attraverso la costruzione di un patto con i professionisti e tra questi ed i cittadini, con il solo vincolo di generare valore per la comunità-azienda; le politiche definite nel paragrafo 3 della presente sezione servono tutte a convogliare le azioni dei diversi livelli professionali verso questi aspetti essenziali.
- la strategia è stata definita con i professionisti in relazione ad un'analisi critica dei processi ed in considerazione del fatto che le risorse, per essere utilizzate in modo efficiente, devono servire per rispondere realmente ai bisogni di salute, con la consapevolezza che l'autoreferenzialità delle organizzazioni rigide non può rispondere a questo principio. I servizi sanitari, per essere sostenibili, devono essere quindi flessibili, devono saper leggere i bisogni ed ascoltare i cittadini, devono orientare nelle cure, e per queste ragioni devono essere costantemente valutati ed innovati.

## **I.1 Perché un focus sulla performance**

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

attività per migliorare l'erogazione dei servizi e l'organizzazione stessa, nonché per rendere più trasparente la rendicontazione del proprio operato agli stakeholder e ai cittadini.

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

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

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

## **1.2 I “tempi” del Ciclo delle Performance**

La sottosezione sulla Performance sviluppa le linee di indirizzo strategiche e programmatiche dell'ASL di Viterbo. Ha valenza strategica triennale (2025-2027) e viene declinata annualmente relativamente agli indirizzi strategici regionali definendo, in coerenza con le risorse assegnate così come rilevate nel piano del fabbisogno del personale e con i piani di investimento:

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

La sottosezione prevede:

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

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

- a partire dal mese di ottobre la Direzione Strategica, supportata dalla UOS Controllo di Gestione, avvia il processo di elaborazione del Piano, sulla base di quanto determinato dagli strumenti di programmazione regionali, dal Nuovo Sistema di Garanzia e dal Piano Nazionale Esiti, dai Piani Operativi ed in coerenza con gli obiettivi annuali assegnati dall'Assessorato alla Sanità Regionale al Direttore Generale;

- la Direzione Strategica avvia il confronto con il Collegio di Direzione e con gli altri attori interessati al processo, per condividere le scelte strategiche sulle quali improntare le azioni di miglioramento;
- elaborato il quadro degli obiettivi strategici per l'esercizio successivo all'anno in corso, il Controllo di Gestione e la UOC Valutazione dei processi assistenziali e degli esiti di salute, con il supporto del Comitato di Budget avvia il processo di elaborazione delle schede degli obiettivi operativi, funzionali alla realizzazione dei documenti di programmazione aziendale (Piano Strategico Triennale e Bilancio di Previsione e l'assegnazione delle risorse ai centri ordinatori di spesa);
- dopo l'approvazione dei richiamati documenti di programmazione, vengono elaborati gli indicatori di performance da sottoporre alla validazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione, nel rispetto del sistema di misurazione e valutazione adottato dall'Azienda.

La Direzione Strategica ha condiviso con il Collegio di Direzione l'intero processo di costruzione dei documenti di programmazione aziendale e, conseguentemente, della sottosezione dedicata alla Performance, a partire dall'analisi del nuovo modello territoriale declinato nello specifico Piano Territoriale per le attività sanitarie e socio sanitarie della ASL di Viterbo. Il Piano Territoriale e la sua revisione, approvata con la deliberazione del Direttore Generale n. 620 del 21 marzo 2023, rappresenta l'opportunità per realizzare un percorso integrato che parte dalla casa come primo luogo di cura per arrivare alle Case della Comunità e agli Ospedali di Comunità, superando la frammentazione dei percorsi di cura sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali. Fondamentale lo sviluppo delle reti di prossimità, l'implementazione della domiciliarità anche attraverso la digitalizzazione e la telemedicina.

Tenuto conto della eccezionalità dell'arco temporale di riferimento, atteso che con decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00014 del 05.04.2023 la direzione della ASL di Viterbo è stata conferita al dott. Egisto Bianconi in qualità di Commissario Straordinario che, nelle more del provvedimento di nomina del nuovo Direttore Generale, per ragioni di continuità e funzionalità dell'Azienda, assume la rappresentanza legale della stessa, svolgendo le proprie funzioni con i poteri conferitigli dalla vigente normativa, gli obiettivi strategici aziendali per il 2025 sono essenzialmente sovrapponibili e coerenti a quelli individuati nei documenti di programmazione nazionale e regionale con particolare riferimento alla "messa a terra" del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Si rappresenta inoltre che con deliberazione del Commissario Straordinario n. 1376 del 13 agosto 2024 l'Azienda ha adottato il nuovo Atto di Autonomia Aziendale che ridisegna l'organizzazione della ASL di Viterbo alla luce della rilevanza che riveste la riorganizzazione delle attività territoriali secondo il DM 77/22 che vede una stretta sinergia con gli interventi programmati del PNRR e la conseguente necessità di rendere maggiormente efficiente l'offerta ospedaliera nella rete hub e spoke tarandola sulla complessità assistenziale e l'intensità di cure, nel rispetto della sicurezza del paziente, creando una forte relazione funzionale e strutturale tra i Presidi Ospedalieri periferici e il DEA di primo livello.

Il presente documento sarà pertanto soggetto ad aggiornamento a seguito dell'approvazione dell'Atto Aziendale da parte della Giunta Regionale del Lazio e si procederà ad avviare la negoziazione alla luce della nuova organizzazione aziendale, nei termini in cui la stessa sarà approvata con provvedimento regionale.

Nel grafico successivo è riportata l'articolazione dell'intero ciclo delle performance 2025.

IL PROCESSO DI BUDGETING 2025		
I TEMPI	LE AZIONI	GLI ATTORI
Ottobre 2024	avvio elaborazione Piano Triennale delle Performance in coerenza con i Programmi Operativi, il PSR, gli obiettivi dei D.G. ed i DCA della Regione Lazio	Controllo di Gestione
ottobre-novembre 2024	apertura fase di ascolto degli stakeholder interni ed esterni per la individuazione e condivisione delle priorità strategiche da inserire nel Piano;	Direzione Strategica, Collegio di Direzione
31 dicembre 2024*	approvazione Bilancio di Previsione 2024	Direzione Strategica
entro il 25 gennaio 2025	trasmissione ai Direttori di Dipartimento della conferma degli obiettivi 2024 per il 2025	Direzione Strategica
gennaio 2025	validazione del processo da parte dell'OIV ed avvio negoziazione	CdG, Comitato di Budget, OIV, Direzione Strategica
31 gennaio 2025	approvazione del Piano Triennale della Performance, quale sezione del PIAO	Direzione Strategica
17 febbraio 2025	consegna della documentazione relativa al raggiungimento degli obiettivi di budget 2024 e delle schede relative al contributo individuale	tutte le UUOCC e Dip.li; CdG
marzo 2025	conclusione processo di negoziazione obiettivi di budget 2025;	CdG, Comitato di Budget, Direzione Strategica
entro marzo 2025	contestualizzazione processo di budget all'interno delle UU.OO. e assegnazione obiettivi di performance individuali	Responsabili di Struttura
aprile 2025	monitoraggio e verifica intermedia obiettivi di budget 2025 - I trimestre; invio relazione OIV	Controllo di Gestione
aprile 2025*	approvazione Bilancio consuntivo 2024	Direzione Strategica
maggio 2025	conclusione verifica risultati budget 2024 (misurazione performance organizzativa); conclusione verifica e misurazione performance individuale; invio proposta Relazione della Performance all'OIV	Controllo di Gestione – Politiche e Gestione delle Risorse – Controllo di Gestione
giugno 2025	validazione Relazione della Performance 2024 e proposta di valutazione dei dirigenti di vertice individuati nei Direttori di Dipartimento, di Distretto e di Area Amministrativa	OIV
30 giugno 2025	approvazione Relazione e pubblicazione sul sito web aziendale	Direzione Strategica
luglio 2025	monitoraggio e verifica intermedia obiettivi di budget 2025 - II trimestre; invio relazione OIV	Controllo di Gestione
luglio 2025	erogazione incentivo di risultato comparto e dirigenza anno 2024;	Risorse Umane
novembre 2025	monitoraggio e verifica intermedia obiettivi di budget 2025 - III trimestre; invio relazione OIV	Controllo di Gestione

ciclo Programmazione e Controllo
adempimenti Decreto <u>Leg.vo</u> 150/2009
ciclo del Bilancio*: le scadenze sono subordinate alle indicazioni della Regione Lazio

## 2. Il modello di misurazione

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

- essere collegato agli strumenti istituzionali di programmazione annuale e pluriennale;
- recuperare e valorizzare la dimensione strategica dell'Azienda Sanitaria;
- evitare qualsiasi incremento e duplicazione di attività programmatiche;
- valorizzare e riqualificare i sistemi di budgeting aziendali;
- garantire adeguata chiarezza e trasparenza delle performance Il modello è articolato su più livelli:
  - ✓ livello istituzionale: PSR Lazio, Piani Operativi e Obiettivi del D.G.;
  - ✓ livello aziendale: 1) strategico di pianificazione propria dell'Azienda in coerenza con gli indirizzi nazionali e regionali; 2) operativo di definizione degli obiettivi, nonché individuazione di indicatori collegati alle strategie.

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

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

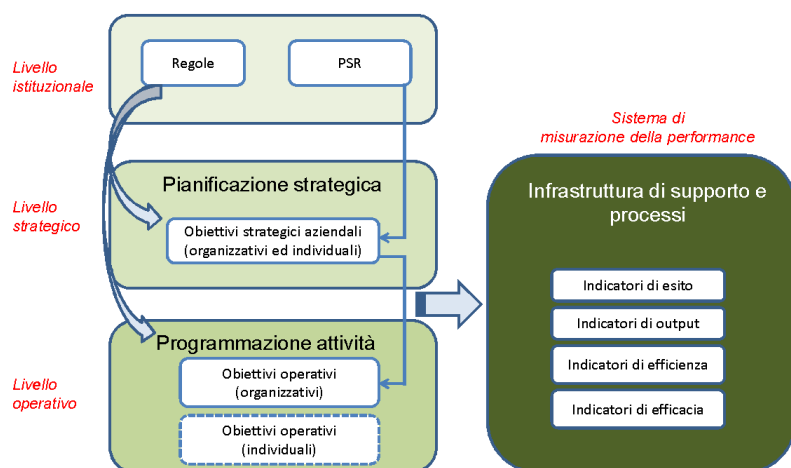
Relativamente agli obiettivi documentali, ossia valutati sulla base della documentazione prodotta, la valutazione sarà il risultato della misurazione della percentuale di azioni compiute e l'efficacia delle stesse, rispetto a quelle ancora da compiere.

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

<b>tipologia KPI*</b>	<b>criterio di valutazione</b>
Tipo autocertificazione	Valutazione effettuata direttamente dal responsabile di struttura che deve in ogni caso allegare la documentazione che dimostri la veridicità di quanto dichiarato
Tipo software interno di struttura	Valutazione effettuata direttamente dal responsabile di struttura avvalendosi del SW gestionale in uso (es. CARDIOPLANET, DnLAB, ecc.)
Tipo documentale	Valutazione effettuata dal Comitato di Budget quale risultato della misurazione della percentuale di azioni compiute e documentate e l'efficacia delle stesse, rispetto a quelle ancora da compiere
Tipo flussi e software	Valutazione basata sui risultati direttamente calcolati dal sistema informativo aziendale o regionale
Tipo Referente di obiettivo/indicatore	Valutazione effettuata dal Referente (Direttore Dipartimento di afferenza o altro Dipartimento, responsabile di linea di attività – p.es. Responsabile Trasparenza, Responsabile URP, Risk Management -) a volte espressamente individuato nella scheda di budget, avvalendosi delle informazioni, documenti e dati in suo possesso utili alla valutazione dell'obiettivo
Tipo Coordinatore Tavolo Tecnico	Valutazione effettuata dal Coordinatore del Tavolo Tecnico di afferenza sulla base dell'apporto e del contributo che il/i partecipanti al Tavolo ha/hanno garantito ai lavori dello stesso, anche documentato nella piattaforma gestionale informatica dedicata

\*Key Performance Indicators

La figura di seguito rappresentata evidenzia i principi ispiratori



## 2.1 Le dimensioni di analisi delle performance

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

- ✓ rilevanza, intesa come coerenza tra gli obiettivi che si danno e i bisogni della collettività, di cui gli obiettivi dovrebbero essere l'espressione;
- ✓ efficienza, intesa come capacità di realizzare gli obiettivi di produzione di beni e servizi

(output), migliorando il rapporto tra le risorse utilizzate e la quantità e la qualità degli output prodotti;

- ✓ efficacia, connessa al raggiungimento degli obiettivi strategici, soprattutto in termini di soddisfazione dei bisogni espressi dalla comunità di riferimento. In questo caso, è evidente che l'accezione assuma una dimensione più complessa da quantificare e valutare rispetto all'efficienza, ma sicuramente più importante e significativa;
- ✓ economicità, intesa come la capacità di soddisfare in modo adeguato i bisogni considerati di pubblico interesse dalla comunità di riferimento, in condizioni di compatibilità economico-finanziaria con il budget assegnato;
- ✓
- ✓ appropriatezza, nella duplice accezione di appropriatezza clinica delle prestazioni e appropriatezza organizzativa, intesa come giusta utilizzazione delle risorse professionali e logistiche.

## 2.2 La misurazione e valutazione della performance individuale

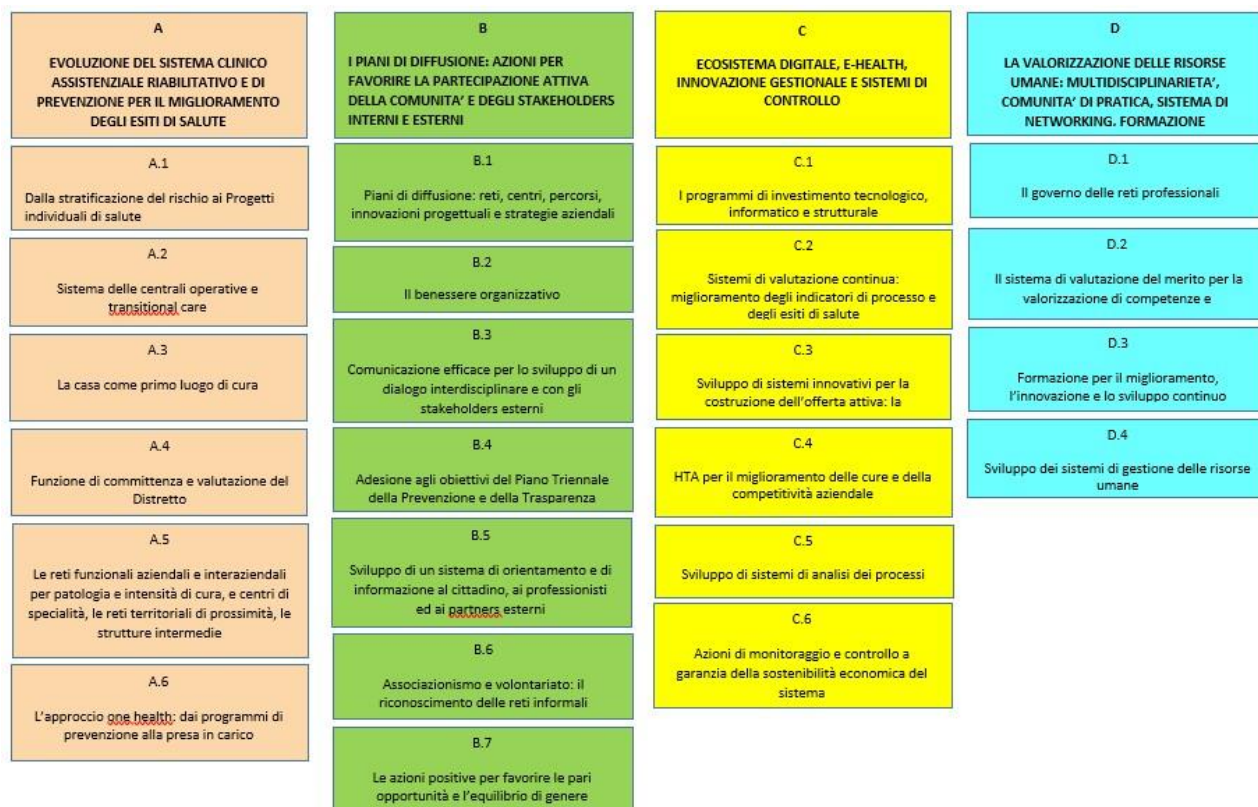
Il ciclo di gestione delle performance vede una stretta interconnessione tra il raggiungimento degli obiettivi organizzativi delle Unità Operative ed il contributo che individualmente i dipendenti apportano al raggiungimento degli stessi, a sua volta collegato alla distribuzione del fondo di risultato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

Al singolo dipendente verrà assegnato da parte del Responsabile di CdR, sentito anche il coordinatore, un "punteggio di valorizzazione" differenziale (da 1 a 5 per ogni item) determinato in base alla valutazione relativa a tre diverse aree di valutazione: area del risultato, area della qualità della prestazione lavorativa, area delle capacità manageriali e relazionali, calcolato in relazione ai criteri di valorizzazione individuati ad inizio anno dal responsabile del CdR, strettamente collegati agli obiettivi strategici assegnati al CdR. Il sistema premiante aziendale è disciplinato dai regolamenti aziendali relativi all'area della dirigenza, area sanità e funzioni e locali, e del comparto, così come approvati rispettivamente con le deliberazioni del Direttore Generale n. 1446 del 27 luglio 2022, n. 831 del 3 maggio 2022 e n. 1464 del 1 agosto 2022.



### 3. L'albero delle performance

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



Per ciascuna delle macroaree sopra elencate, saranno individuati obiettivi riconducibili alle seguenti categorie:

- analisi del fabbisogno;
- organizzazione;
- produzione;
- infrastrutture/HTA;
- comunicazione



con le seguenti finalità:

**ANALISI DEL FABBISOGNO:** comprendere ed analizzare i bisogni di salute della popolazione così da poter determinare i volumi di prestazioni necessarie a fornire risposte coerenti, sviluppando modelli organizzativi adeguati, orientando le risorse disponibili anche in una logica di distribuzione territoriale della popolazione;

**ORGANIZZAZIONE:** orientare l'organizzazione aziendale ai bisogni del cittadino oltreché al riconoscimento del merito professionale e lavorativo, secondo meccanismi riconosciuti, trasparenti ed equi;

**PRODUZIONE:** migliorare i percorsi produttivi perseguendo un efficiente utilizzo delle risorse, orientate a garantire i bisogni della popolazione;

**INFRASTRUTTURE/HTA:** pianificare il processo di ammodernamento tecnologico e strutturale che consenta una migliore risposta alle esigenze della popolazione, sia relativamente agli standard di qualità che per il comfort alberghiero, nella certezza che tale miglioramento avrà un positivo impatto sul clima organizzativo e sul benessere dei professionisti sanitari;

**COMUNICAZIONE:** sviluppare una strategia comunicativa che consenta ai cittadini di essere costantemente aggiornati rispetto ai nuovi percorsi aziendali, sentendosi parte attiva nei processi e costruendo il valore della partecipazione attiva della comunità.

A ciascuna categoria saranno associati indicatori specifici, da declinare rispetto a specifici obiettivi afferenti agli ambiti di seguito riportati:

1. **regolamenti:** l'obiettivo è finalizzato a definire buone prassi e procedure utili alla costruzione di percorsi che, in coerenza con i riferimenti normativi, siano in grado di armonizzare ed omogeneizzare l'organizzazione aziendale al fine di garantire efficienza, efficacia e sostenibilità sotto il profilo della produzione e delle infrastrutture.
2. **nuovo Ospedale Santa Rosa:** l'obiettivo, attraverso la messa a disposizione dei cittadini una struttura competitiva che, anche a seguito degli investimenti PNRR e PNC potrà essere luogo di cura e di accoglienza, è quello di ridurre in maniera sostanziale la mobilità passiva e di essere ulteriormente attrattiva nei confronti della popolazione delle province e delle regioni limitrofe. L'ospedale Santa Rosa seguirà un modello ospedaliero basato sulla centralità della persona e delle sue esigenze, sull'integrazione della struttura ospedaliera con il territorio circostante, sulla presenza di tecnologie all'avanguardia utili a garantire al cittadino prestazioni di livello elevato, sulla completezza e la continuità dell'assistenza prestata e su un costante impulso volto alla ricerca e alla formazione in campo sanitario. Obiettivo è quello di creare un legame forte con il territorio ed avviare un processo di fidelizzazione sia da parte dei cittadini che dei professionisti, a partire dai MMG e dai pediatri di libera scelta.
3. **lavori e attrezzature:** l'obiettivo è quello di portare a compimento i lavori avviati in tutti i presidi ospedalieri periferici, nelle Case della Salute e negli ospedali di Comunità ed attualmente in fase di realizzazione come da programmazione aziendale attraverso l'utilizzo

di fondi regionali, PNRR, PNC nonché, da ultimo, fondi per il Giubileo della Chiesa Cattolica. gli ospedali periferici, gli ospedali di Comunità e le Case della Salute, in linea con la logica di ottimizzazione utilizzata per l'ospedale centrale, saranno luoghi nei quali l'innovativo parco tecnologico, digitale e strumentale favorirà, in un continuum con l'ospedale centrale, la presa in carica a 360 gradi del singolo utente nelle specifiche necessità.

4. **gestione sale operatorie:** l'obiettivo è quello di abbattere i tempi di attesa chirurgici, nel rispetto delle indicazioni previste dal Piano Nazionale per il governo delle liste d'attesa (PNGLA) che prevede un massimo 30 giorni di attesa per l'erogazione delle prestazioni in classe A, indipendentemente dal regime erogativo. Gestire la sala operatoria, definendo strumenti di pianificazione e di ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e strumentali, unitamente alla tempestiva presa in carico delle criticità emergenti, sono tutte azioni utili a garantire un accesso alle procedure chirurgiche in elezione ed in urgenza, in regime di ricovero ordinario e in day surgery secondo criteri di accessibilità, di equità, di trasparenza, a tutela dei diritti dei pazienti.
5. **prestazioni ambulatoriali:** l'obiettivo è quello di garantire il rispetto dei tempi di attesa per le visite specialistiche e le prestazioni strumentali, garantendo i target previsti nel PNGLA, assegnando alle unità operative indicatori specifici in grado di misurare la capacità delle singole strutture di raggiungere il risultato atteso. Il miglioramento dell'utilizzo delle risorse, l'implementazione delle attività, le adeguate politiche assunzionali, i sistemi di innovazione tecnologica e gli investimenti strumentali sono tutte azioni che l'azienda mette in atto con l'obiettivo di farsi carico dei bisogni della popolazione, seguendo i criteri di appropriatezza, efficienza, efficacia e equità.
6. **PDTA:** l'obiettivo dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali è quello di definire il migliore processo assistenziale utile a rispondere a specifici bisogni di salute, sulla base di evidenze scientifiche, adattate al contesto e alle risorse disponibili. Migliorare l'accesso per specifiche patologie o problemi clinici, organizzando e definendo specifici percorsi all'interno dell'organizzazione permette di integrare, in maniera obiettivamente funzionale, la presa in carico del paziente nel suo percorso tra ospedale e territorio. La creazione di percorsi omogenei ha lo scopo di gestire in maniera strutturata e multidisciplinare la patologia/condizione trattata, ottimizzando la rete dei servizi, assicurando i pazienti nel percorso di continuità assistenziale e promuovendo la comunicazione e il confronto tra i professionisti coinvolti.
7. **medicina personalizzata:** l'obiettivo è quello di rispondere al bisogno di salute andando incontro alla storia clinica, alle abitudini, alle specificità biologiche e al contesto sociale nel quale si inserisce il paziente, in modo tale da approcciarsi alla diagnosi e cura della persona in maniera sistemica. La medicina personalizzata integra le caratteristiche genetiche del paziente con informazioni sulla sua storia sia clinica che sociale, differenziandosi dalla già nota medicina di precisione che studia la singola patologia e i meccanismi che ne permettono la specifica insorgenza. Applicare la medicina personalizzata significa “cambiare mentalità” e

passare da una cura “*che va bene per tutti*” ad una cura personalizzata, creando percorsi di cura differenziati per patologie apparentemente analoghe perseguendo l’obiettivo della massima personalizzazione dell’approccio diagnostico terapeutico.

- 8. formazione, COT, UVMD:** l’obiettivo è quello della realizzazione e implementazione delle Centrali Operative Territoriali e delle Unità di valutazione multidisciplinare, così come di tutti gli strumenti finalizzati alla presa in carico del paziente in maniera sempre più personalizzata rispondendo ai bisogni di salute in maniera appropriata e sistemica. Il compito delle COT in particolare è quello di coordinare le attività e i servizi territoriali assicurando l’interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza; con esse viene applicato un modello organizzativo innovativo che riveste un ruolo di coordinamento e raccordo tra servizi coinvolti nei diversi setting assistenziali per ottimizzare la presa in carico della persona. Esse assicurano la governance del processo di transitional care realizzano un sistema multilivello in cui tutti gli attori sono connessi in maniera strutturata e coordinata; il loro compito è quello di svolgere funzioni di coordinamento organizzativo della presa in carico della persona al fine di connettere i servizi e i professionisti coinvolti nei diversi processi assistenziali con l’obiettivo di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell’assistenza.
- 9. comunicazione:** l’obiettivo è quello di mettere in atto tutte le azioni utili a favorire la partecipazione attiva delle comunità e degli stakeholders interni ed esterni. Nella realtà sanitaria rappresenta la condizione ineludibile a garantire il buon esito dei percorsi assistenziali, mettendo in campo sinergie multidisciplinari tra professionisti e con il paziente. L’obiettivo è quello di implementare ulteriormente gli strumenti di orientamento al cittadino ed alle istituzioni nel loro complesso, rappresentando l’offerta sanitaria in maniera chiara e trasparente. Comunicare in maniera appropriata e funzionale, coinvolgendo tutti gli attori siano essi professionisti della salute, pazienti, associazioni e istituzioni favorisce un progetto di cambiamento organizzativo, consentendo di costruire al meglio l’identità dell’amministrazione e un senso di appartenenza positivo; è necessario implementare tutte le azioni finalizzate ad una comunicazione sempre più snella tra i cittadini e l’azienda dato il fatto che cultura organizzativa e comunicativa non possono essere scisse, anzi la loro corretta interazione risulta avere un ruolo chiave per valorizzare le risorse umane e aumentare i fattori produttivi. È necessario finalizzare le azioni verso un’organizzazione sanitaria evoluta ed efficace.
- 10. disagio giovanile:** l’obiettivo è quello di riuscire ad accogliere i bisogni della popolazione giovane (11-25 anni) nella fase di sviluppo e di organizzazione strutturale, potendo offrire un valido supporto ai processi di individualizzazione e maturazione tipici dell’adolescenza. In questo periodo molti giovani rischiano, per molteplici fattori sociali e personali, di interrompere il percorso evolutivo attraverso meccanismi di deresponsabilizzazione, abbandono, aggressività favorendo espressioni di disagio psichico e comportamentale (bullismo, cyberbullismo, aggressività, crimini, ansia, depressione, dipendenza da droghe, dipendenza da alcol, disturbi alimentari, isolamento sociale, dipendenza da social e

videogiochi, autolesionismo). È fondamentale poter rispondere in maniera sistemica sia alle fasi di bisogno in acuzie tramite i servizi di accoglienza sia clinica che terapeutica che prevenire le criticità tramite abbassando le soglie di accesso ai servizi, intercettando precocemente il disagio riducendo così il rischio di evoluzione verso rischi più gravi. Si rende necessario, quindi, definire il bisogno giovanile anche grazie la messa in rete delle istituzioni, delle famiglie, dei servizi aziendali e delle richieste assistenziali in maniera sempre più puntuale e anch'essa personalizzata e comunicando in maniera efficace l'offerta sanitaria con i relativi punti di accesso alle cure e le modalità di presa in carico.

**11. anziano fragile:** l'obiettivo è quello di potenziare la capacità dell'azienda di prendere in carico la popolazione anziana particolarmente vulnerabile, portatrice di numerose patologie cronico-degenerative, cardio/cerebrovascolari e dei disturbi neurologici e neuropsichiatrici (depressione, malattia di Alzheimer e altre forme di demenza). Nell'anziano fragile confluiscano criticità correlate ad aspetti fisici, psicologici e sociali creando potenziali situazioni di disagio. E' pertanto necessaria un'analisi epidemiologica territoriale a partire dalla quale saranno messi in atto tutti i percorsi assistenziali utili ad una presa in carico appropriata e personalizzata. Fondamentale è la valutazione multidimensionale con la quale possono evidenziarsi le relazioni fra le diverse patologie definendo un percorso terapeutico e assistenziale che tenda alla corretta riabilitazione e al mantenimento dell'autosufficienza della persona anziana.

**12. indicatore specifico di UOC, UOSD:** i direttori di Dipartimento e/o Responsabili di Area dovranno individuare indicatori in grado di misurare la capacità specifica della struttura di rispondere alla strategia aziendale.

**13. tempi di presa in carico in PS:** l'obiettivo è quello di ridurre il tempo medio di attesa in Pronto Soccorso (tempo intercorso tra il triage e il ricovero in reparto di degenza) raggiungendo i risultati attesi come indicato negli obiettivi nazionali, già declinati a livello regionale (Obiettivo nazionale:  $\leq 480$  minuti = 100%); le raccomandazioni ministeriali raccomandano un tempo di attesa tra la presa in carico al triage e la conclusione della prestazione in PS non superiore alle otto ore. Per raggiungere l'obiettivo, anche considerate le criticità che ad oggi risultano essere presenti, è fondamentale mettere in atto tutte le azioni finalizzate alla riduzione del sovraffollamento (crowding) come il blocco dei ricoveri programmati e l'implementazione della figura del Bed Manager. Il sovraffollamento del Pronto Soccorso snatura la sua mission assistenziale. In questo contesto riveste un ruolo cruciale la figura del Bed Manager, che coordina ed integra la logistica, le aree produttive ospedaliere e i percorsi diagnostico terapeutici, facilitando il processo dei flussi dei pazienti e l'ottimizzazione dell'utilizzo della risorsa posto letto mediante un puntuale e metodico governo delle fasi di ricovero e dimissione.

**I4. analisi cronicità:** l'obiettivo è quello di raggiungere, grazie ad un'attenta analisi dei fabbisogni, la presa in carico entro il 2026 del 10% della popolazione over 65 presente sul territorio di riferimento. Fondamentale è analizzare le cronicità e le policronicità in base alle differenze di genere, alle condizioni di rischio (fumo, alcol, obesità) che sono implicate sia nell'insorgenza che nell'aggravamento di patologie croniche che negli esiti di condizioni acute. Vengono utilizzati, per il perseguimento dell'obiettivo, gli strumenti di sorveglianza a rilevanza nazionale PASSI (dedicato alla popolazione di 18-69 anni) e PASSI d'Argento (dedicato alla popolazione di 65 anni ed oltre), coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), monitorati a livello regionale e applicati sul territorio dal Dipartimento di Prevenzione che produce regolare documentazione in merito. Analizzare le cronicità e raccogliere informazioni sullo stato di salute di adulti e anziani permette all'azienda di organizzare e pianificare sia le attività assistenziali che di prevenzione e di organizzare le idonee campagne comunicative, interagendo anche con gli stakeholders sia interni che esterni.

**I5. analisi epidemiologica:** l'obiettivo è quello di conoscere i bisogni assistenziali della popolazione attraverso la stratificazione del rischio che consente di identificare prioritari ambiti di intervento da parte del sistema sanitario regionale. È fondamentale predisporre idonei progetti individuali di salute utilizzando tutti gli strumenti che l'azienda ha a disposizione. Studiare la distribuzione e la frequenza delle malattie di rilevanza sanitaria sulla popolazione, oltre ai relativi fattori di rischio, permette di monitorare la salute pubblica ed i complementari determinanti di salute, giocando un ruolo fondamentale nelle attività di prevenzione e promozione della salute nonché nelle valutazioni economiche in sanità e nella programmazione dei servizi sanitari.

**I6. reingegnerizzazione dei processi:** l'obiettivo è quello di riprogettare in maniera radicale i processi aziendali ottenendo miglioramenti in aspetti critici come qualità, output, costi, servizi e velocità garantendo quindi anche i raggiungimenti di tutti gli obiettivi e le finalità aziendali ad essi collegati o da essi dipendenti, migliorando l'efficienza complessiva dell'organizzazione. È fondamentale implementare ulteriormente la cultura del processo, dell'informazione, dell'interpretazione dei dati anche grazie ad un sistema di valutazione continua, migliorando gli indicatori di processo e di esiti di salute.

Nello schema si riporta, per ciascun ambito di intervento, la tempistica di attuazione degli obiettivi ed indicatori che saranno declinati per le categorie di seguito riportate:

<b><i>categoria</i></b>	<b><i>ambito di intervento: obiettivo medio termine</i></b>	<b><i>ambito di intervento: obiettivo breve termine</i></b>
<i>ANALISI DEL FABBISOGNO</i>	10-11-14-15	
<i>ORGANIZZAZIONE</i>	16	8 -4-1
<i>PRODUZIONE</i>	6-7	5-12-1-13
<i>INFRASTRUTTURE</i>	2-3	1
<i>COMUNICAZIONE</i>	9	

### **3.1. Le macro aree dell'albero delle performance**

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

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

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

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

famigliari, volti ad aumentare l'aderenza alle proposte aziendali;

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

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

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

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

- la costruzione ed il governo di reti professionali e l'implementazione operativa dell'approccio clinico- assistenziale multidisciplinare;
- lo sviluppo di sistemi di gestione delle risorse umane in relazione alle loro reali attitudini, alla possibilità di crescita professionale quale valore aggiunto per l'Azienda;



- la coerenza del sistema di valutazione del merito per una forte valorizzazione delle competenze e delle professionalità di cui l'Azienda dispone;
- lo sviluppo di sistemi di gestione delle risorse umane;
- il ruolo della formazione nelle politiche di miglioramento, innovazione e sviluppo continuo

#### 4. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

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

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

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

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

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

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

##### **Obiettivo Strategico A1**

##### **Dalla stratificazione del rischio ai Progetti individuali di salute**

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

che attraverso un sistema “modulare”, consente interventi mirati e personalizzati anche tenendo conto del contesto sociale in cui è inserita la persona.

### **Obiettivo Strategico A2**

#### **Sistema delle centrali operative e transitional care**

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

### **Obiettivo Strategico A3**

#### **La casa come primo luogo di cura**

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

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

### **Obiettivo Strategico A4**

#### **Funzione di committenza e valutazione del Distretto**

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

### **Obiettivo Strategico A5**

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

Gli obiettivi e gli indicatori presenti in questa sezione coinvolgono sia la componente ospedaliera che quella territoriale. Le reti aziendali ed interaziendali rappresentano la dimensione ottimale nella quale orientare i servizi per rispondere a cluster di pazienti i cui bisogni di salute travalicano la 'sfera

di azione' di una singola professionalità a garanzia della continuità degli interventi. Il disegno dei percorsi consente di evitare le duplicazioni delle prestazioni e la sovrapposizione di interventi, contribuendo così alla buona gestione delle liste d'attesa ed alla riduzione dei tempi di attesa e dell'inappropriatezza prescrittiva.

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

### **Obiettivo Strategico A6**

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

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

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

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

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

### **Obiettivo Strategico B1**

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

La promozione della salute e l'autocura (empowerment) si basa sul rispetto dei diritti e la partecipazione del cittadino al processo, alle scelte relative ai servizi. L'azienda intende rispondere del proprio operato ai cittadini in quanto contribuenti e protagonisti dei propri percorsi di assistenza; ai cittadini è quindi necessario fornire informazioni su cosa si fa, motivarne le scelte e rendere conto delle risorse utilizzate. Ciò significa costruire un percorso informativo

sull'accessibilità e qualità dei servizi per rendere la scelta libera e consapevole. I Piani di diffusione e di autocura, sviluppati in questa sezione del documento, contribuiscono a rafforzare il patto con i cittadini.

### **Obiettivo Strategico B2**

#### **Il benessere organizzativo**

Lo sviluppo di buone pratiche e il miglioramento del benessere organizzativo costituiscono uno dei presupposti per incrementare l'efficacia delle politiche comunicative e di orientamento al cittadino. Nel corso del 2024 continuerà la collaborazione con la Fiaso nei progetti di valorizzazione dei professionisti della sanità. Le azioni e gli obiettivi individuati in questa sezione sono finalizzati alla prevenzione del Burn Out, al contrasto ad ogni forma di violenza e discriminazione, alla promozione della sicurezza negli ambienti di lavoro, in sinergia con gli altri servizi aziendali a ciò preposti, quali l'SPP ed in coerenza con le azioni e le misure evidenziate nel Piano delle Azioni Positive (vedi allegato B.2 "Il Piano delle Azioni Positive");

### **Obiettivo Strategico B3**

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

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

### **Obiettivo Strategico B4**

#### **Adesione agli obiettivi del Piano Triennale della Prevenzione e della Trasparenza**

L'obiettivo riguarda le azioni finalizzate alla prevenzione della corruzione e alla valorizzazione della trasparenza amministrativa, adeguandosi alle modifiche introdotte dal D.Lgs n. 97/2016 F.O.I.A. (Freedom of Information Act) in materia di revisione delle griglie da utilizzare per la rilevazione delle informazioni da pubblicare ed in materia di accesso civico. A tal fine questo obiettivo racchiude in sé tutte le azioni che verranno messe in atto dalla ASL di Viterbo per affrontare sia la lotta alla corruzione che agli sprechi e alle inefficienze nella sanità, anche a causa della giusta e dovuta implementazione di adeguati sistemi di prevenzione e contrasto dei fenomeni corruttivi, capaci di

colmare quel deficit etico che viene annoverato tra le principali cause di corruzione nella sanità. È una linea strategica di forte integrazione tra i servizi aziendali poiché riconduce all'interno di un unico sistema di valutazione (rappresentato dalla performance operativa ed al sistema premiante alla stessa collegato) i risultati relativi alle attività anticorruptive e di trasparenza condotte dalle singole Unità Operative e verificate dall'RPCT.

### **Obiettivo Strategico B5**

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

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

### **Obiettivo Strategico B6**

#### **Associazionismo e volontariato: il riconoscimento delle reti informali**

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

### **Obiettivo Strategico B7**

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

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

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

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

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

#### **Obiettivo Strategico C1**

##### **I programmi di investimento tecnologico, informatico e strutturale**

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

#### **Obiettivo Strategico C2**

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

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

### **Obiettivo Strategico C3**

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

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

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

### **Obiettivo Strategico C4**

#### **HTA per il miglioramento delle cure e della competitività aziendale**

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

### **Obiettivo Strategico C5**

#### **Sviluppo di sistemi di analisi dei processi**

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

### **Obiettivo Strategico C6**

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

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



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

Le politiche contenute in questa sezione definiscono l'articolazione della matrice delle responsabilità nell'ambito dell'organizzazione aziendale al fine di governare e gestire le reti per patologia e i centri, le centrali operative, i percorsi assistenziali.

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

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

#### **Obiettivo Strategico D1**

##### **Il governo delle reti professionali e le comunità di pratica**

Gli obiettivi contenuti in questa sezione sono finalizzati a rendere conto delle attività dei Tavoli Tecnici, le nostre comunità di pratica che verranno rimodulati sulla base delle nuove linee d'indirizzo strategico compatibilmente con l'attuazione del DM 77/2022, del PNRR e dei Piani Operativi Regionali

#### **Obiettivo Strategico D2**

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

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

#### **Obiettivo Strategico D3**

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

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

**Obiettivo Strategico D4****Sviluppo di sistemi di gestione delle risorse umane**

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

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

## **5. Pianificazione Operativa 2025-2027 e Monitoraggio della performance**

### **5.1. Pianificazione operativa 2025-2027**

Il Piano è adottato in coerenza con la programmazione sanitaria, finanziaria e con i vincoli di bilancio; illustra gli obiettivi strategici ed operativi dell'Azienda ed i correlati

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

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

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

Relativamente all'anno 2025 si procederà alla specifica attribuzione degli obiettivi e degli indicatori ai Direttori di Dipartimento per la negoziazione di budget di I° livello con la Direzione Strategica. I Direttori di Dipartimento, con il supporto della UOS Controllo di Gestione procederanno alla negoziazione di II° livello con tutte le Unità Operative Complesse e Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale dell'Azienda, attraverso lo strumento dei Budget Operativi Annuali. Per le successive annualità si procederà secondo le modalità che saranno individuate nel ciclo della performance.

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

### **5.2. Monitoraggio della Performance**

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

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

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

## C. RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

L'orizzonte del "Valore Pubblico" non può prescindere dalla declinazione degli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e della trasparenza, dal momento che proprio la generazione e la protezione del valore pubblico discendono dalla riduzione dei rischi del verificarsi di fenomeni di corruzione. La creazione del valore pubblico ha dunque natura trasversale a tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale aziendale: anche il settore sanitario può rivelarsi a rischio di *maladministration* e pertanto deve richiedere un costante controllo, soprattutto perché lo spreco si traduce concretamente nell'impossibilità di fornire prestazioni necessarie a chi ne ha bisogno.

L'attuale sezione del PIAO, in continuità evolutiva con la precedente edizione 2024-2026, mira ad orientare comportamenti che possano ridurre le opportunità di manifestazione di casi di corruzione, aumentare la capacità di far emergere situazioni di *maladministration* e, più in generale, creare un contesto sfavorevole alla manifestazione di comportamenti illeciti. Tale finalità vengono perseguite attraverso:

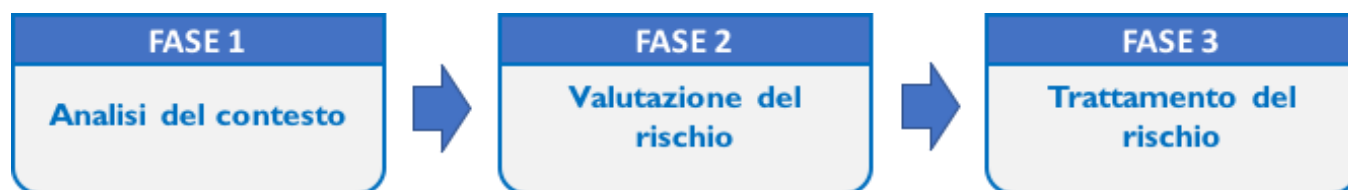
- a) l'individuazione delle attività aziendali nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, anche ulteriori rispetto a quelle minime già previste dalla legge;
- b) la previsione, per le attività individuate ai sensi della lett. a), di meccanismi di annullamento o mitigazione del rischio di corruzione, nonché di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- c) la previsione di obblighi di comunicazione nei confronti dei responsabili chiamati a vigilare sul funzionamento delle misure;
- d) il monitoraggio, in particolare, del rispetto dei termini normativamente previsti per la conclusione dei procedimenti;
- e) il monitoraggio dei rapporti tra l'Azienda Sanitaria 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 titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti con i dirigenti e i dipendenti dell'Ente;
- f) l'individuazione degli obblighi di trasparenza previsti dal D. Lgs 33/2013.

L'intero processo delle attività tese alla prevenzione dei fenomeni corruttivi è contenuta nella presente sezione del PIAO ma occorre anche rappresentare che per favorire il più ampio coinvolgimento e la condivisione della strategia di prevenzione, le relative tematiche sono state oggetto di condivisione, dal 24 dicembre 2024 al 15 gennaio 2025, mediante la pubblicazione sul sito aziendale di un apposito avviso rivolto a tutti gli *stakeholders*.

Al fine di giungere, in una logica graduale, alla programmazione integrata delle misure preventive all'interno del PIAO che possano contribuire all'attesa costruzione di valore pubblico, è anche necessaria l'integrazione con gli obiettivi di *performance*: la gestione del rischio corruttivo migliora la *performance* aziendali, perché fornisce informazioni utili ad assumere decisioni migliori da parte di tutti gli attori coinvolti. Su questa linea si era già indirizzata la ASL Viterbo durante gli anni scorsi. Ed infatti le attività svolte dalle Strutture dell'amministrazione per la progettazione, l'implementazione e l'attuazione di misure di prevenzione dei rischi corruttivi sono introdotte in forma di obiettivi di *performance* con indicatori specifici:

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

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



### FASE 1: ANALISI DEL CONTESTO

La determinazione dell'esposizione al rischio corruttivo muove necessariamente, quale prima fase del processo di gestione del rischio stesso, dalla specifica analisi del contesto (esterno ed interno) in cui è inserita l'Azienda, così da poter individuare eventuali elementi significativi utili.

Più specificamente, seguendo la Determinazione dell'ANAC n. 12/2015, si richiede di analizzare:

-il contesto esterno, relativo alle caratteristiche dell'ambiente nel quale l'Azienda opera, con riferimento a variabili culturali, criminologiche, sociali ed economiche del territorio. In tal senso, vanno considerati sia i fattori legati al territorio di riferimento, sia le relazioni e le possibili influenze esistenti con i portatori e i rappresentanti di interessi esterni, al fine di comprendere le dinamiche territoriali di riferimento e le principali influenze e pressioni a cui una struttura è sottoposta, per poter indirizzare con maggiore efficacia e precisione la strategia di gestione del rischio. A tal proposito, sarebbe auspicabile che in una logica condivisa con le altre Istituzioni presenti sul territorio, la "misurazione" del livello di corruzione in ambito territoriale possa essere svolta in maniera partecipata, convogliando risorse e capacità diverse per acquisire dati e produrre analisi congiunte del contesto esterno.

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

L'esposizione delle caratteristiche del contesto in cui è collocata l'amministrazione costituisce la prima fase del processo di gestione del rischio volto a consentire l'identificazione di quei processi che richiedono un particolare presidio mediante l'adozione di misure di prevenzione della corruzione.

A chiusura della prima fase di pianificazione contenuta nella presente sezione, all'analisi del contesto fa seguito la mappatura dei processi.

### ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

La lettura del contesto territoriale in cui opera la ASL di Viterbo, secondo le chiavi delle variabili socio-demografiche, della qualità di vita, dell'istruzione della popolazione, dell'economia e della criminalità è importante per conoscere il contesto culturale e antropologico degli utenti che si rivolgono all'Azienda per ottenere delle prestazioni o anche in qualità di *stakeholder*.

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

È articolata in 60 comuni su un territorio di 3615 km<sup>2</sup>, con una popolazione distribuita in modo disomogeneo anche in ragione delle caratteristiche geografiche del territorio.

### **Variabili socio-demografiche**

Il 1° ottobre 2024 ha preso avvio l'edizione 2024 del Censimento permanente della popolazione e delle abitazioni che ha coinvolto 2530 Comuni e circa 1 milione di famiglie. Non essendo ancora disponibili i risultati di tale indagine, si fa riferimento ai dati scaturiti dall'ultima edizione del Censimento della popolazione al 31 dicembre 2022, da cui risulta che nel Lazio, a tale data, risultano residenti 5.720.536 persone. I dati censuari ISTAT registrano, rispetto al 2021, un aumento di 5654 unità (0,1%).

Il 19 dicembre 2024 è stato presentato al CNEL il Rapporto "Cittadini stranieri in Italia", un'indagine statistico-demografica dell'Organismo Nazionale di Coordinamento per le Politiche di Integrazione (ONC), realizzata con la collaborazione della Fondazione ISMU. Di seguito, le principali evidenze.

Al 1° gennaio 2024 si contano ufficialmente in Italia 5.307.598 stranieri residenti, che rappresentano il 9% della popolazione complessiva. Per oltre il 70% sono cittadini non comunitari.

Gli stranieri residenti nel Lazio al 1° gennaio 2024 sono 643.312 e rappresentano l'11,3% della popolazione residente.

La popolazione con cittadinanza straniera residente nella provincia di Viterbo è progressivamente cresciuta negli ultimi 10 anni. Al 1° gennaio 2024, gli stranieri risultano essere 31.534, rappresentando il 10,25% della popolazione residente con aumento pari al 3% rispetto all'anno precedente.

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla Romania con il 38,3% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'Albania (5,1%) e dal Marocco (4,3%).

Le città con la maggior presenza nella provincia sono Viterbo, con 6.942 residenti stranieri, seguita da Orte (1889), Civita Castellana (1.861), Vetralla (1.408) e Montalto di Castro con 1.172 residenti stranieri.

La composizione della popolazione straniera evidenzia caratteristiche inverse a quelle degli abitanti nativi nel viterbese; essa descrive una popolazione più giovane, soprattutto in età riproduttiva, determinando conseguenze sui bisogni e sulla domanda di servizi sanitari.

### **Qualità della vita**

Dall'indagine "Qualità della vita" del "Il Sole 24 Ore" che da 35 anni rende nota la qualità, secondo 6 ambiti e 90 indicatori del vivere nelle 105 province italiane, si evince che durante il 2024 la provincia di Viterbo è cresciuta di 9 posizioni rispetto al 2023 passando dal 75° al 66° posto nazionale con il punteggio di 533,86. La Tuscia migliora ed è la seconda area del Lazio meglio piazzata dopo Roma che è 59° con il punteggio di 552,27. Dei 90 indicatori della classifica il migliore per la Tuscia è quello degli iscritti all'Aire (anagrafe italiani residenti all'Estero) al 5° posto nazionale con il 4,1% sul totale della popolazione, mentre il peggiore è quello sui reati legati agli stupefacenti (ultima, 105°) con 73 casi ogni 100 mila abitanti. Nei macrosettori che, insieme, danno la graduatoria finale, la provincia di Viterbo è 70° alla voce "Ricchezza e consumi" con un miglioramento di 3 posizioni; per "Affari e lavoro" è 84° con un miglioramento di 6 posizioni sul 2023; per "Giustizia e sicurezza" è 38° con un netto salto di 18 posizioni (ed è il migliore ambito per il viterbese); quindi è 73° per "Demografia e società" (calo di 2 posizioni); 60° per "Ambiente e servizi" con crescita di 8 posizioni e 73° per "Cultura e tempo libero" con perdita di 8 posizioni. Dai dati si evince un timido miglioramento della provincia di Viterbo che, però, rimane in tutti i settori, a esclusione delle politiche e i servizi per la giustizia e la sicurezza, nella

parte medio-bassa della qualità del vivere. Particolarmente negativi sono i dati sul lavoro e gli affari, segno che mancano ancora attività e strategie per lo sviluppo di lunga durata del territorio.

### **Istruzione**

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

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

Secondo una recente indagine di Openpolis, che ha rielaborato i dati Istat sui residenti italiani tra i 25 e i 49 anni che possiedono un diploma, la laurea o un'altra qualifica professionale, Viterbo è il capoluogo di provincia meno istruito del Lazio.

### **Economia**

La Camera di Commercio di Rieti-Viterbo ha presentato, nell'ambito della "Giornata dell'Economia" tenutasi il 03.07.2024, il terzo Rapporto economico sull'Alto Lazio, riferito al 2023, che contiene la sintesi dei tradizionali dati di carattere statistico-economico di fonte camerale, oltre ad una serie di indicatori utili per approfondire l'analisi della situazione economica ed imprenditoriale del territorio della Tuscia.

Nel corso del 2023, il contesto economico della provincia di Viterbo ha evidenziato un andamento altalenante che per qualche indicatore ha confermato le indicazioni del 2022, anno che ha rappresentato una normalità rispetto agli anni del covid e della ripresa post covid. I dati provinciali registrati nel 2023 rafforzano la predominanza del settore terziario all'interno del sistema economico viterbese.

Tuttavia il rapporto ha mostrato come nel territorio della provincia i settori export e turistico siano particolarmente promettenti. L'export agricolo, alimentare, delle bevande e tessile ha visto incrementi significativi, sebbene il comparto della ceramica abbia registrato un calo del 13,3%. Un notevole incremento ha anche interessato le imprese nei settori alloggio e ristorazione.

Emergono invece dati negativi per il settore delle costruzioni, che ha subito un calo a causa della fine dei bonus ristrutturazione 110 e del tasso di disoccupazione che è passato dal 7,4% al 9,7%, con una particolare preoccupazione per l'occupazione giovanile.

Per quanto riguarda l'imprenditoria femminile, i dati raccontano un calo nei settori agricolo e commerciale.

Con riguardo all'impatto della popolazione sull'economia del territorio, si evidenzia che la provincia di Viterbo è caratterizzata da un'alta frammentazione territoriale e da un'elevata anzianità della popolazione. Tali dati, confrontati con quelli relativi agli anni precedenti, mostrano una precisa tendenza, ovvero una continua e progressiva diminuzione della popolazione 0-14, affiancata da un costante aumento della fascia over 65.

### **Criminalità**

Con particolare riguardo all'assetto più tipicamente criminologico, che nell'ambito della presente sottosezione rileva maggiormente, i dati raccolti da una ricerca condotta dall'Ufficio studi della CGIA attestano che è Roma, con 335.534 imprese, ad essere la seconda provincia italiana (la prima è Napoli) con maggior rischio di "contaminazione" criminale. La stima fatta dalla CGIA, infatti, calcola n. 16.716 aziende potenzialmente prossime a contesti criminali. Dopo Roma, si colloca al 25° posto (su 105



province) quella di Latina, che a fronte di n. 47.344 sedi di imprese, se ne stimano a rischio mafioso n. 1.310. Terzo posto regionale va alla provincia di Frosinone, che nella classifica nazionale è 29°: qui le imprese risultano essere n. 39.264 e quelle a rischio n.1.087. Si deve poi scorrere a lungo la classifica per trovare le altre due province del Lazio: al 62° posto c'è Viterbo con n. 32.506 imprese e n.540 di queste stimate potenzialmente prossime a contesti di criminalità organizzata. Dunque nel territorio di Viterbo si confermano gli interessi della criminalità organizzata nell'ambito di un panorama criminale laziale "multiforme e complesso", caratterizzato appunto dalla presenza di gruppi locali che agiscono autonomamente, ma affiancati dalle consolidate proiezioni di 'ndrangheta, camorra e "cosa nostra". Insieme gestiscono i traffici illeciti, attività di riciclaggio e reimpiego di capitali di provenienza delittuosa.

Secondo l'ultimo "Indice della criminalità" del Sole 24 Ore, la Tuscia, rispetto all'anno precedente (ottobre 2023) è scesa alla 68° posizione, con 197 reati denunciati in meno (da 9.419 si è passati a 9.222). Rispetto alla percezione di mancata sicurezza che si respira in provincia, la situazione è sotto controllo, visto che Viterbo staziona a metà di una classifica che vede Milano, Roma e Firenze in testa (e quindi quali città meno sicure d'Italia), mentre Treviso, Potenza e Oristano dove, sono stati commessi meno reati in assoluto, sono quelle più sicure.

Nel confronto con l'anno precedente, la provincia di Viterbo è scesa dalla 59<sup>a</sup> alla 54<sup>a</sup> posizione su un totale di 106 province considerate nel report.

#### **I DATI NEL VITERBESE ESTRATTI DAL REPORT 2024 DEL "IL SOLE 24 ORE"**

Criminalità: 54°

Omicidi volontari consumati: 80°

Associazione per produzione e traffico di stupefacenti: 106°

Incendi: 22°

Incendi boschivi: 36°

Stupefacenti: 11°

Usura: 106°

Rapine: 65°

Violenze sessuali: 25°

Delitti informatici: 22°

Furti: 74°

Sfruttamento della prostituzione e pedo-pornografia: 106°

Associazione per delinquere: 25°

Omicidi volontari consumati: 80°

Omicidi colposi: 13°

Tentati omicidi: 67°

Estorsioni: 68°

Associazione di tipo mafioso: 106°

Minacce: 42°

Percosse: 69°

Lesioni dolose: 52°

Danneggiamenti: 65°

Danneggiamento seguito da incendio: 68°

Truffe e frodi informatiche: 39°

Contrabbando: 106°

Riciclaggio e impiego di denaro: 96°

Violazione della proprietà intellettuale: 106°

Contraffazione di marchi e prodotti industriali: 60°

Dalle specificità che discendono dalle analisi di contesto illustrate, si rappresentano i principali interventi sul Piano Anticorruzione e le macro-aree interessate per l'adozione di idonee misure di contrasto:

Rischi esterni di rilevanza per l'ASL di Viterbo	Stima del rischio (rating)	Principali macroaree di impatto dei rischi esterni	Misure di contrasto
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infiltrazioni mafiose nelle procedure di affidamento ed esecuzione di contratti pubblici</li> <li>▪ Pressioni provenienti da soggetti appartenenti alle cosche mafiose ovvero da soggetti appartenenti a <i>lobbies</i></li> <li>▪ Possibili condotte agevolative di dipendenti dell'ASL aventi rilevanza penale</li> </ul>	Medio	Area Contratti	Verifiche e controlli Antimafia
		Area Personale	Carte di qualità dei servizi
		Area Enti accreditati	Potenziamento della trasparenza (interventi PNRR, appalti sotto-soglia)
			Patti di Integrità
		Area Sanitaria	Protocolli di Legalità Prefettura di Viterbo e ASL di Viterbo (Deliberazione del DG n. 542 del 2 aprile 2019)
		Aree inerenti ai Poli Ospedalieri	Protocollo d'intesa tra ASL e Guardia di Finanza ( 27.10.2023)
			Coinvolgimento degli stakeholders mediante consultazione pubblica annuale del PIAO Sez- Rischi corruttivi e Trasparenza
			Aggiornamento periodico del Codice di comportamento
			Adozione canali interni e canale esterno rivolto ad ANAC per l'inoltro delle segnalazioni di illecito da parte degli stakeholders ai sensi del D. Lgs. 10 marzo 2023 n. 24
			Apertura di ulteriori canali per i reclami e le segnalazioni da parte dell'utenza

## ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

L'analisi del contesto interno, che ha ad oggetto la disamina degli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione dei processi che possono esporre sensibilmente la struttura al rischio corruttivo, costituisce lo strumento atto a far emergere il sistema delle responsabilità attorno a cui ruota l'organizzazione dell'Azienda, oltre che il livello di complessità dell'amministrazione stessa. Pertanto, un'attenta analisi del contesto interno tiene conto delle dinamiche organizzative interne, ossia della struttura organizzativa, da cui deriva l'attività amministrativa, e della mappatura dei processi, al fine di identificare le aree che, in ragione della natura e delle peculiarità delle attività stesse, risultano potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

Per inquadrare correttamente le dimensioni della struttura e la sua organizzazione si rinvia al Piano delle azioni positive (PAP), allegato al presente documento (all.to n. 2).

## INDIVIDUAZIONE DELLE AREE DI RISCHIO DELL'ASL DI VITERBO E MAPPATURA DEI PROCESSI

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

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

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

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

Infatti l'ambito sanitario, per sua natura, in virtù delle risorse economiche assegnate, dei rapporti con molteplicità di fornitori a vario livello e dell'alto numero di relazioni interpersonali, può essere considerato un settore a rischio medio-alto e dunque l'individuazione di ulteriori aree rischio *“specifiche”* discende proprio dalla valutazione delle suddette caratteristiche tipologiche peculiari.

L'analisi condotta ha preso le mosse dall'esame dell'attuale organizzazione aziendale, proseguendo attraverso l'individuazione delle aree di rischio, in coerenza con le indicazioni dell'ANAC, arrivando, poi, a definire la mappatura dei processi aziendali.

Sulla base dell'analisi del contesto interno organizzativo, innanzi citata, in coerenza con le considerazioni svolte nelle precedenti programmazioni ed alla luce dell'approfondimento scaturito dal lavoro dell'apposito Tavolo tecnico istituito fra ANAC, Ministero della Salute e Agenas e contenuto nel PNA 2025, sono delineate, di seguito, le aree di rischio e le relative sotto-aree che la ASL di Viterbo intende presidiare:

	AREE DI RISCHIO	SOTTO-AREE
A	PERSONALE, INCARICHI E NOMINE	Concorsi e prove selettive per l'assunzione di personale Progressioni di carriera Conferimento incarichi di collaborazione Gestione amministrativa del personale, etc. Incarichi e nomine
B	CONTRATTI PUBBLICI	Affidamenti di lavori, servizi e forniture
C	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Procedimenti per rilascio patenti e porto d'armi Rilascio di autorizzazioni
D	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Concessione ed erogazione sussidi, autorizzazione Piani Assistenziali Individuali (PAI), Concessione ausili protesici

E	GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO	Gestione del patrimonio e dei pagamenti
F	CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	Attività di vigilanza
G	AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Affari legali e contenzioso
H	ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA	Attività libero-professionale intramoenia (A.L.P.I.)
I	RAPPORTI CONTRATTUALI CON PRIVATI ACCREDITATI	Attività di vigilanza e controlli sulle strutture accreditate
J	FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni
K	ATTIVITÀ CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO	Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

Al fine dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi, la "mappatura" dei processi gestiti dall'Azienda assume carattere strumentale e costituisce una parte fondamentale dell'analisi di contesto interno.

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

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

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

- ✓ contribuisce in maniera dimostrabile al raggiungimento degli obiettivi e al miglioramento delle prestazioni;
- ✓ è parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione dell'Azienda;
- ✓ aiuta i responsabili delle decisioni ad effettuare scelte consapevoli, determinare la scala di priorità delle azioni e distinguere tra linee di azione alternative;
- ✓ tiene conto esplicitamente dell'incertezza, della natura di tale incertezza e di come può essere affrontata;
- ✓ è sistematica, strutturata e tempestiva;
- ✓ si basa sulle migliori informazioni disponibili;
- ✓ è in linea con il contesto esterno ed interno e con il profilo di rischio dell'organizzazione;
- ✓ tiene conto dei fattori umani e culturali;
- ✓ è trasparente e inclusiva;
- ✓ è dinamica;
- ✓ favorisce il miglioramento continuo dell'organizzazione.
- ✓ va condotta in modo da realizzare sostanzialmente l'interesse pubblico alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza;
- ✓ è parte integrante del processo decisionale;
- ✓ è realizzata assicurando l'integrazione con altri processi di programmazione e gestione;
- ✓ è un processo di miglioramento continuo e graduale;
- ✓ implica l'assunzione di responsabilità;

- ✓ è un processo che tiene conto dello specifico contesto interno ed esterno di ogni singola amministrazione o ente, nonché di quanto già attuato;
- ✓ è un processo trasparente e inclusivo, che deve prevedere momenti di efficace coinvolgimento dei portatori di interesse interni ed esterni;
- ✓ è ispirata al criterio della prudenza volto anche ad evitare una sottostima del rischio di corruzione;
- ✓ non consiste in un'attività di tipo ispettivo o con finalità repressive ma implica valutazioni sulle eventuali disfunzioni a livello organizzativo.

L'elencazione dei processi della ASL Viterbo, analizzati in dettaglio e riportanti l'indicazione del relativo Responsabile, oltre che di eventuali Strutture/Uffici o Enti esterni coinvolti nel processo stesso, è contenuta nell'**ALLEGATO n.3 "Misure generali di gestione del rischio"**, a cui si rinvia.

Proprio perchè il PIAO (con cui ogni amministrazione o ente individua il proprio grado di esposizione al rischio corruzione e indica gli interventi di carattere organizzativo volti a prevenire il rischio) ha natura "programmatoria", tutte le disposizioni in esso contenute non sono frutto di attività definita ed ultimata ma possono essere oggetto di aggiornamento e/o revisione. Pertanto, l'analisi dei processi e la conseguente mappatura, in coerenza con le indicazioni metodologiche dell'ANAC, saranno oggetto di progressiva rivalutazione ed aggiornamento per tutte le Unità operative aziendali (mediante il coinvolgimento diretto dei Direttori/Dirigenti di Strutture e Dipartimenti dell'Azienda, chiamati a fare la descrizione delle aree e dei singoli processi di pertinenza) anche al fine di intercettare processi eventualmente non ancora mappati. Tale metodo di coinvolgimento diretto dei Direttori/Dirigenti di Strutture e Dipartimenti consentirà di poter migliorare l'efficienza, l'efficacia e la qualità del processo di gestione del rischio corruttivo, in modo da poter generare sinergie di tipo organizzativo e gestionale. Tuttavia, in considerazione della numerosità dei processi in carico all'Azienda e dell'assenza di una Struttura di supporto, sarà cura del RPCT avviare, durante l'anno, un lavoro in progressione e conseguentemente procedere ad una selezione di quei processi ritenuti più significativi in considerazione della potenziale esposizione a rischi corruttivi, a ragione della gestione di risorse finanziarie o della connotazione di rilevanti livelli di discrezionalità oppure di notevole impatto socio economico.

## FASE 2: VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Quale macro-fase del processo di gestione, con la "valutazione" del rischio lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive e/o preventive. L'identificazione dei rischi deve comprendere tutti gli eventi rischiosi che potrebbero verificarsi anche solo potenzialmente ed a tal fine non può non coinvolgere tutte le strutture organizzative aziendali poiché proprio i responsabili delle strutture (o dei processi), per la conoscenza approfondita delle attività svolte, possono senz'altro agevolare l'identificazione degli eventi a rischio.

Come conseguenza della mappatura in progressione dei processi aziendali di rilievo di cui si è sopra dato atto, costituirà obiettivo prioritario per l'anno 2025 anche la verifica dell'attualità delle valutazioni di rischiosità dei processi aziendali, attuata con la medesima logica di progressività, e dedicata, in particolare, a quelle attività direttamente interessate dalla maggiore esposizione a significativi rischi corruttivi.

Il processo di valutazione del rischio si articola in 3 sotto-fasi:

- 1) **Identificazione dei rischi**: l'identificazione del rischio mira ad individuare gli eventi di natura

corruttiva che possono verificarsi in relazione ai processi, o alle fasi dei processi, dell'Azienda. Tale identificazione si traduce nell'indicazione degli "eventi rischiosi", anche in via potenziale, che potrebbero verificarsi in relazione a ciascun processo.

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

Tale analisi è essenziale al fine di:

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

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

In relazione ad eventuali modificazioni organizzative delle attività, si ribadisce l'importanza di una periodica attualizzazione della valutazione del rischio dei processi che comunque, attesa la numerosità delle Strutture aziendali e la capillarità delle sedi, non potrebbe prescindere dalla necessità di acquisire una piattaforma anticorruzione che permetta l'aggiornamento informatico della mappatura dei processi e la gestione del rischio corruttivo.

In attesa di avviare, durante il corrente anno, un ciclo di incontri laboratoriali con tutti i Referenti aziendali interessati dai processi già mappati, si conferma la metodologia già adottata, articolata nelle seguenti fasi:

- identificazione dei rischi e dei fattori abilitanti;
- definizione dei sottoelencati indicatori al fine di acquisire informazioni sul livello di esposizione al rischio del processo relativo al contesto dell'ASL Viterbo;

Indicatore	Descrizione dell'indicatore
1	IL PROCESSO PRESENTA PROFILI DI DISCREZIONALITÀ
2	IL PROCESSO RIVESTE UNA RILEVANZA ECONOMICA (DIRETTA O INDIRETTA)
3	IL PROCESSO NON È TRACCIABILE (IN TUTTO O IN PARTE)
4	IL PROCESSO NON È SOTTOPOSTO A CONTROLLI OPPURE I CONTROLLI RISULTANO INEFFICACI (IN TUTTO O IN PARTE)
5	IL PROCESSO È GESTITO ISOLATAMENTE DA UN UNICO SOGGETTO (IN TUTTO O IN PARTE)
6	IN RELAZIONE AL PROCESSO CONSIDERATO SI SONO REGISTRATI, IN PASSATO, EPISODI CORRUTTIVI O COMUNQUE DI MALADMINISTRATION, ACCERTATI DALLA ASL (PROCEDIMENTO DISCIPLINARE) O DA AUTORITÀ GIUDIZIARIE
7	IN RELAZIONE AL PROCESSO CONSIDERATO, IN CASO DI AVVERAMENTO DEL RISCHIO, SI REGISTRANO, IN CAPO ALLA ASL, IMPATTI ECONOMICI NEGATIVI
8	IN RELAZIONE AL PROCESSO CONSIDERATO, IN CASO DI AVVERAMENTO DEL RISCHIO, SI REGISTRANO, IN CAPO ALLA ASL, IMPATTI REPUTAZIONALI NEGATIVI
9	IN RELAZIONE AL PROCESSO CONSIDERATO, IN CASO DI AVVERAMENTO DEL RISCHIO, SI REGISTRANO, IN CAPO ALLA ASL, IMPATTI ORGANIZZATIVI NEGATIVI

- valorizzazione di ciascun indicatore in termini di rilevanza del rischio come "*basso*", "*medio*",

“alto”;

- articolazione della valutazione in analisi del rischio “inerente” o “rischio lordo” (rischio associato all’attività a prescindere dall’azione del sistema di controllo interno posto in essere) e rischio “residuo” (o rischio netto) ottenuto riducendo il valore iniziale del rischio inerente in misura proporzionale alla forza del sistema di controllo che caratterizza l’attività in questione e dunque in funzione dell’insieme delle regole, delle procedure e delle strutture organizzative volte a consentire l’identificazione, la misurazione, la gestione e il monitoraggio dei principali rischi dunque ottenuto riducendo il valore iniziale del rischio inerente in misura proporzionale alla forza del sistema di controllo chizza l’attività in:

### VALUTAZIONE RISCHIO RESIDUO

= Valutazione Rischio Inerente – Adeguatezza Sistema di controlli interni



- valorizzazione non solo dei rischi ma anche della efficacia delle misure di prevenzione (a contenere i primi) in termini di misura “migliorabile”, “adeguata” e “molto adeguata”;
- attribuzione del *rating* di rischio in relazione al singolo processo;
- definizione di eventuali azioni per la mitigazione del “rischio residuo” e degli eventuali tempi di realizzazione

Occorre comunque considerare che il rischio residuo, che permane una volta che le misure di prevenzione sono state correttamente attuate, non potrà mai essere del tutto azzerato in quanto, pur avendo adottato le specifiche misure di prevenzione progettate, la possibilità che si verifichino fenomeni corruttivi attraverso accordi collusivi per aggirare le misure stesse non può mai escludersi. L’attuazione delle azioni di prevenzione deve avere come obiettivo, dunque, la riduzione del rischio residuo ad un livello quanto più prossimo allo zero.

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

La metodologia, illustrata con la tabella precedente, prevede che le valutazioni siano rese, con cadenza annuale, dai singoli Responsabili dei processi considerati (c.d. “*risk self assessment*”). Il RPCT, verificando la coerenza e la correttezza delle valutazioni svolte dai singoli Responsabili, potrà



intervenire in caso di incongruità riconoscibili ovvero suggerendo valutazioni maggiormente prudenziali, ove necessario.

Dalle analisi dei risultati dei monitoraggi condotti fino ad ora emerge la difficoltà di focalizzare l'applicazione del concetto "corruzione" al lavoro quotidiano da parte dei Responsabili delle aree, soprattutto quelle a maggior rischio

Pur confermando l'adeguatezza della metodologia fino ad ora utilizzata per condurre l'attività di valutazione del rischio, i cui esiti sono contenuti nel citato Allegato **n. 3 "Misure generali di gestione del rischio"**, durante il 2025 sarà rafforzata l'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione auspicando che in tale lavoro il RPCT venga assistito da una "Struttura di supporto".

Al fine di migliorare l'efficacia complessiva delle misure volte a prevenire, ricercare e contrastare le violazioni in danno degli interessi economico-finanziari dell'Unione Europea, dello Stato, delle Regioni e degli enti locali, connessi alle misure di sostegno e finanziamento del PNRR, per le quali è stato già perfezionato l'iter di concessione di competenza dell'Ente, in particolare per quanto riguarda la prevenzione, l'individuazione e la rettifica delle frodi, dei casi di corruzione, dei conflitti di interesse e della duplicazione dei finanziamenti, ai sensi dell'articolo 22 del regolamento (UE) 2021/241, deve anche farsi menzione dell'iniziativa aziendale che ha condotto, durante il 2023, alla sottoscrizione di un protocollo di intesa con il Comando provinciale della Guardia di Finanza di Viterbo.

### FASE 3: TRATTAMENTO DEL RISCHIO

La fase di trattamento del rischio valida le misure organizzative di prevenzione, *generali e obbligatorie* nonché quelle *specifiche ed ulteriori*, come già presentate nelle edizioni precedenti del PIAO, eventualmente apportando le necessarie integrazioni che dovessero rendersi necessarie in relazione alle indicazioni provenienti dall'ANAC con specifico riferimento al settore sanitario.

Sempre secondo gli indirizzi dell'ANAC., il trattamento del rischio costituisce la fase preordinata ad individuare, altresì, i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, tenendo in debito conto le priorità emerse in occasione della precedente sotto-fase di valutazione del rischio.

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

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

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

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

Le misure specifiche di settore, quale *focus* mirato per determinate Aree/UU.OO. aziendali, sono descritte in apposito allegato al presente PIAO, (**ALLEGATO n. 4 "Misure specifiche per determinate Aree di rischio"**). Si tratta, in particolare, delle misure specifiche inerenti alle seguenti aree di rischio:

1. Gestione del personale, incarichi e nomine;
2. Contratti pubblici;
3. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico



diretto ed immediato per il destinatario

4. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
5. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
6. Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
7. Attività libero professionale e liste di attesa;
8. Rapporti contrattuali con privati accreditati;
9. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
10. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

Tanto premesso, tenuto conto di quanto previsto dalle Linee Guida ANAC del 2 febbraio 2022, aventi ad oggetto *“Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza”*, e il PNA 2022 con i successivi aggiornamenti, si descrivono in dettaglio le misure di prevenzione (generali e specifiche) progettate per il triennio 2025-2026 dalla ASL di Viterbo considerate rilevanti al perseguimento degli obiettivi di riduzione dei rischi corruttivi.

## MISURE GENERALI E OBBLIGATORIE

### A) Formazione

La formazione in materia di prevenzione della corruzione riveste un'importanza strategica tra le misure preventive ed è regolata quale elemento integrante del quadro istituzionale definito dalla normativa. La Legge n. 190/2012 disciplina l'attività formativa, ne prescrive l'obbligatorietà per le amministrazioni, fornisce indicazioni metodologiche per la relativa erogazione, dota l'Autorità di prevenzione della corruzione di compiti di indirizzo e verifica che concernono anche la formazione. Per far sì che la corruzione da "onere" per le amministrazioni possa diventare "investimento", la formazione deve, dunque, rivestire un posto centrale nell'ambito della programmazione delle azioni in tema di prevenzione della corruzione stessa.

In questo contesto non può certo trascurarsi che la formazione sulla prevenzione della corruzione sia inscindibilmente connessa con l'adeguata formazione sull'etica pubblica. Ma a ben guardare l'etica pubblica non concerne solo il principio di legalità: più volte è stato ribadito dall'ANAC che la "*maladministration*" si riferisce anche agli "sprechi" ed è per questo che, allora, anche tutta la formazione manageriale potrebbe rientrare, a pieno titolo sotto l'alveo della formazione in tema di anticorruzione. Ciò vuol dire che la formazione sul tema dell'integrità, quale misura obbligatoria di prevenzione della corruzione, non può ridursi a un aggiornamento professionale e neanche alla mera conoscenza della normativa in materia e degli altri strumenti (PIAO e Codice di comportamento), ma deve invece andare oltre ed assumere un approccio valoriale, per consentire ai dipendenti di far proprie regole e standard di condotta a presidio dell'integrità dell'amministrazione.

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

- di *livello generale*, rivolti a tutti i dipendenti e concernenti l'aggiornamento delle competenze (approccio contenutistico) e delle tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale);
- di *livello specifico*, rivolti al RPCT, ai Referenti, ai Dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio, e concernenti le politiche, i programmi e i vari strumenti utilizzati per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, anche in ambiti settoriali, e in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'Azienda.

Sul piano della formazione generalista l'Azienda, oltre a garantire la disponibilità del corso "*La strategia di prevenzione della corruzione e la trasparenza amministrativa*", sempre presente sul catalogo della piattaforma Syllabus per tutti gli iscritti, durante il 2024 ha offerto la seguente serie di iniziative formative:

1. "Anticorruzione, etica pubblica e trasparenza" offerto da Opera Bari in modalità *webinar*
2. "L'impatto della legge anticorruzione" offerto da Federsanità in modalità *webinar*
3. "La *privacy* ed il personale amministrativo di strutture sanitarie, un binomio perfetto", offerto da Federsanità in modalità *webinar*
4. "Il codice di comportamento e la responsabilità disciplinare del personale sanitario", offerto da Federsanità in modalità *webinar*.
5. "Codice di comportamento, etica e legalità dell'attività amministrativa" offerto da Accademia della P.A. in presenza della durata di 4 ore.

Sulla base del nuovo Piano della formazione 2025, in via di adozione, saranno progettati altri moduli formativi (formazione in *house*, formazione a distanza (FAD), *webinar*) sia generali che specifici e resterà comunque attivo il corso *"La strategia di prevenzione della corruzione e la trasparenza amministrativa"*, sulla piattaforma Syllabus. Più in particolare, in considerazione delle numerose novità introdotte recentemente dal nuovo Codice dei Contratti, si ribadisce l'esigenza di proseguire con l'organizzazione di iniziative di formazione per quei dipendenti chiamati ad operare nel settore. Ed a ragione della delicata attività richiesta ai singoli operatori interessati, nell'ambito della specifica area di rischio "Contratti pubblici", potrà essere valutata la possibilità di limitare l'assegnazione di incarichi formalizzati nell'ambito della singola procedura (ad es. RUP, DEC, Assistenti al DEC) a coloro che non abbiano frequentato, nel triennio precedente la nomina, almeno un corso di formazione sulla prevenzione della corruzione.

Progettazione e programmazione della misura

Misura	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica di attuazione	Indicatore di monitoraggio	Valori attesi Impatti attesi
Formazione di livello generale	Formazione e-learning, di livello generale, verso tutti i dipendenti dell'ASL, della durata di min. 1 ora, sui temi dell'etica, dell'integrità (Disciplina anticorruzione e Trasparenza, PIAO, Codice di comportamento, Whistleblowing)	-Dirigente responsabile della formazione, -RPCT (selezione del personale interessato)	Entro dicembre 2025	n° corsi realizzati in materia di anticorruzione/ n° corsi programmati in materia di anticorruzione	Target: almeno 1
Formazione di livello specifico (Referenti, Dirigenti, P.O. e personale selezionato dal RPCT in relazione alla rischiosità dell'Area di appartenenza (Area sanitaria e PTA)	Formazione frontale e/o a distanza, di livello specifico, di taglio teorico, tecnico e pratico		Entro dicembre 2025	n° corsi realizzati in materia di anticorruzione/ n° corsi programmati in materia di anticorruzione	Target: almeno 1

## B) Codice di Comportamento aziendale

Per effetto dell'entrata in vigore del D.P.R. 13 giugno 2023, n. 81 rubricato "*Regolamento concernente modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, recante: «Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165»*" si è reso necessario un intervento di revisione del Codice di Comportamento vigente che tenesse conto, prioritariamente, della necessità di prevedere delle regole a tutela dell'immagine della pubblica amministrazione da un uso inappropriato di tecnologie e social media, mediante il richiamo ai nuovi articoli 11-bis e 11-ter del DPR 62/2013 e poi, ancora, delle nuove regole sull'uso delle piattaforme social da parte del dipendente pubblico, della previsione sul divieto di divulgazione di informazioni per ragioni estranee all'ufficio, dei nuovi precetti relativi ad un ulteriore standard di comportamento richiesto al dipendente pubblico (l'orientamento del proprio comportamento alla soddisfazione dell'utente), oltre che della previsione di un inedito dovere del dirigente teso a favorire non solo l'instaurarsi di rapporti cordiali e rispettosi tra i collaboratori, ma anche di relazioni, interne ed esterne alla struttura, basate su una leale collaborazione e su una reciproca fiducia. Inoltre, relativamente all'ambito formativo specifico che le amministrazioni sono tenute ad assicurare, il nuovo articolo 5 bis dell'art. 15 del DPR 62/2013, citato, allargando la prospettiva, ha incluso la previsione di una formazione sul tema dell'etica pubblica e del comportamento etico.

Al fine di favorire la partecipazione, con procedura aperta, nell'ottica della revisione del Codice di Comportamento ed in coerenza con le modifiche apportate al Codice di comportamento nazionale (D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62) per effetto del D.P.R. 13 giugno 2023, n. 81, il testo del nuovo Codice aziendale è stato messo a disposizione di qualsiasi stakeholder interno ed esterno e di chiunque fosse interessato a partecipare alla revisione. A seguito del parere positivo espresso dall'OIV il nuovo Codice di Comportamento è stato adottato con delibera CS n.1134 del 04 luglio 2024 consultabile all'indirizzo: <https://aslviderbo.contrasparenza.it/trasparenza/contenuto/4439/codice-di-comportamento-aziendale-delibera-n1134-del-04-07-2024>.

Giova evidenziare che il Codice di comportamento aziendale costituisce misura di prevenzione della corruzione, individuando *specifiche regole di condotta integrative e/o aggiuntive* rispetto a quelle contenute nel testo aggiornato del D.P.R. 62/2013, nonché ulteriori norme di comportamento idonee a qualificare e valorizzare il profilo ed il ruolo dei dipendenti dell'Azienda secondo i principi posti a fondamento della *mission* aziendale consistente, principalmente, nella tutela della salute individuale e collettiva. A tal fine, a ciascun neoassunto vengono fornite in via preventiva indicazioni generali sulle disposizioni del Codice di Comportamento e l'invito a conoscerne tutti i contenuti mediante lettura personale. Sottoscrivendo il contratto individuale di lavoro, il neoassunto è tenuto ad attestare la piena conoscenza delle disposizioni in esso contenute.

Sono tenuti a vigilare sul rispetto del Codice di comportamento i Direttori / Dirigenti responsabili di ciascuna Struttura per la rispettiva area di competenza ed in relazione ai connessi livelli di responsabilità, le Strutture di controllo interno, l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) ed il RPCT, sulla base di quanto periodicamente relazionato dai primi, con la seguente cadenza temporale:

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

- qualifica del dipendente;
- breve indicazione dell'oggetto della contestazione;
- esito del procedimento disciplinare;

- esito dell'eventuale impugnazione della sanzione.

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

Per l'anno 2025 ci si pone come obiettivo la prosecuzione nella diffusione del nuovo Codice di comportamento adottato dall'Azienda, presidiando lo stato di applicazione dello stesso e l'attività di formazione del personale per la conoscenza e la corretta attuazione dello stesso.

### Progettazione e programmazione della misura

M i s u r a	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica di attuazione	Indicatore monitoraggio	Valori Impatti attesi
Codice di comportamento aziendale	Monitoraggio del Codice di Comportamento aziendale	Direttori Dirigenti RPCT	In essere	Report sulle risultanze del monitoraggio	<b>Target: 100%</b>  <b><u>Impatti attesi:</u></b> Maggiore efficienza nelle attività di controllo sul rispetto del Codice
	Flussi informativi verso il RPCT	Direttori Dirigenti	Entro il 31 gennaio	Scheda di Rendicontazione SI/NO	<b>Target: SI</b>
	Flussi informativi verso il RPCT	UPD	Entro il 31 gennaio	Scheda di Rendicontazione SI/NO	
	Attività formativa ed informativa sulle tematiche degli obblighi comportamentali	Responsabile UOSD Formazione  Direttore UOC Politiche e Gestione delle Risorse Umane  RPCT	Entro dicembre 2025	Monitoraggio sugli esiti della formazione  SI/NO	

### C) Inconferibilità e incompatibilità ex D.Lgs. 39/2013

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

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

A tal proposito, con Deliberazione n. 149 del 22 dicembre 2014 *“Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario”* l’A.N.AC. ha chiarito che le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso l’ASL devono intendersi d’ora in poi applicate solo con riferimento agli incarichi dei Dirigenti del ruolo professionale e tecnico-amministrativo ed agli incarichi di vertice ossia al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario e al Direttore Generale. Per quest’ultimo, si evidenzia che il conferimento dell’incarico e i provvedimenti conseguenti sono di competenza della Regione Lazio. Tale impostazione risulta confermata anche dalla successiva Delibera n. 1146 del 25 settembre 2019 relativa all’applicabilità della disciplina del d.lgs. n. 39/2013 agli incarichi dirigenziali - non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non) - svolti nell’ambito degli enti del servizio sanitario, in cui è stato stabilito che tali incarichi rientrano nella definizione di “incarichi dirigenziali interni e esterni” di cui all’art. 3 comma 1 lett. c) del decreto legislativo 8 aprile 2013 n° 39 per i quali vigono le ordinarie regole previste dal citato decreto, non essendo sottoposti al peculiare inquadramento riservato alla dirigenza medico sanitaria, e dalla Delibera n. 713 del 4 agosto 2020.

Facendo seguito alla lettura combinata delle Delibere citate, l’ASL Viterbo ha avviato un’azione di verifica dell’attualità del modello utile per l’acquisizione delle dichiarazioni dei dirigenti interessati, che prevede l’elencazione di tutti gli incarichi ricoperti dal soggetto che si intende nominare, nonché delle eventuali condanne subite per i reati commessi contro la Pubblica Amministrazione.

Deve anche darsi atto che a gennaio 2024 l’ANAC, con l’intento di predisporre dei modelli di pubblicazione riferiti all’art. 20 del D. Lgs. n. 39/2013, proprio in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi, ha redatto degli schemi di modelli dichiarativi standardizzati (uno dei quali riferiti proprio al settore sanitario) idonei non solo ad agevolare l’attività di controllo da parte del RPCT, ma anche a semplificare l’adempimento degli obblighi dichiarativi a carico degli interessati, rendendo gli stessi più consapevoli possibile, anche in considerazione delle conseguenze normativamente previste in caso di discrepanze.

Nel corso del 2025 verrà reso definitivo il processo di verifica delle dichiarazioni, anche, eventualmente mediante stesura di un’istruzione operativa che possa contribuire al miglioramento della consapevolezza degli interessati sul contenuto della dichiarazione (condizione per l’acquisizione dell’efficacia dell’incarico) **e che** definisca modalità e frequenza dei controlli. In ogni caso, la pubblicazione obbligatoria delle dichiarazioni rese dai dirigenti interessati, prevista dal D. Lgs 33/2013, assume una funzione di controllo sociale anche da parte dei terzi, affinché un’eventuale falsità possa essere segnalata all’Azienda che ha conferito l’incarico.

Progettazione e programmazione della misura

Misura	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica di attuazione	Indicatore di monitoraggio	Valori attesi Impatti attesi
Inconferibilità e Incompatibilità (D.Lgs. 39/2013)	Inserimento delle cause di inconferibilità e incompatibilità negli atti di attribuzione degli incarichi o negli interpelli per l'attribuzione degli stessi	-U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane -U.O.C. Affari generali e Relazioni esterne -RPCT	In essere	Adeguamento degli atti di conferimento degli incarichi / interpelli SI/NO	Target: SI
	Aggiornamento degli schemi standard di dichiarazione di insussistenza delle cause di inconferibilità e incompatibilità, che i soggetti devono rendere all'atto del conferimento dell'incarico e nel corso del rapporto			Aggiornamento dello schema di dichiarazione SI/NO	
	Adozione di regolamentazione/istruzione operativa che definisca le modalità e la frequenza dei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni	-U.O.C. Affari generali e Relazioni esterne - U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane - RPCT	Entro il primo semestre 2025	Adozione della regolamentazione/istruzione operativa SI/NO	

## D) Rotazione del personale

### D.1) Rotazione ordinaria

La *rotazione ordinaria del personale* addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione, di cui all'art. 1, co. 5, lett. b) della Legge n.190/2012, rappresenta una fondamentale misura di prevenzione per il contrasto di fenomeni corruttivi. Invero il variare dei soggetti preposti all'assunzione delle decisioni e/o alla gestione di processi/procedimenti impedisce il consolidarsi di rapporti di "abitudine" o "vicinanza" tra referenti dell'Amministrazione e utenza esterna, che possono costituire terreno fertile per l'annidarsi di fenomeni di *maladministration*, di favoritismi o di illeciti scambi.

Tenuto conto del fatto che la rotazione ordinaria non deve determinare inefficienze e malfunzionamenti e che risulta consigliabile seguire un criterio di gradualità, criterio garantito dalla procedura di valutazione adottata per l'affidamento degli incarichi, valutando in caso di necessità l'adozione di misure alternative in grado di produrre analoghi effetti sulla riduzione del rischio

Ribadendo la consapevolezza della difficoltà di attuare appieno la misura generale della rotazione ordinaria che non deve determinare inefficienze e malfunzionamenti, sarà comunque obiettivo dell'Azienda elaborare un "Piano di rotazione" del personale dirigenziale e del comparto, seguendo comunque un criterio di gradualità nella programmazione della rotazione per evitare l'eventuale rallentamento dell'attività ordinaria e ricadute sui servizi svolti, tenendo conto delle competenze e delle specifiche professionalità presenti nell'amministrazione. A *latere* di tale programmazione sarà opportuno prevedere, per il personale operante con "poteri decisionali/discrezionali nell'ambito dei processi a rischio elevato", misure alternative (es. distribuzione delle fasi procedurali tra più persone/affiancamento a coloro che istruiscono le pratiche di una o più unità lavorativa),

programmando modalità di rendicontazione/feedback da parte dei direttori dei dipartimenti interessati. È necessario, infatti, che i provvedimenti di rotazione bilancino le esigenze organizzative generali dell'Azienda e quelle più specifiche della Struttura, al fine di non pregiudicare la continuità, nonché l'efficienza e il buon andamento dell'attività amministrativa.

Inoltre, durante il corrente anno, perseguendo un'attività già avviata durante gli anni scorsi, l'Azienda dovrà impegnarsi ad offrire iniziative formative specifiche al fine di garantire la professionalità tecnica adeguata nell'espletamento degli incarichi e per ampliare la platea dei dipendenti potenzialmente idonei a svolgere compiti specialistici in processi ad alto rischio corruttivo, come quelli inerenti la materia degli appalti e soprattutto le funzioni di RUP e DEC nell'ambito delle gare di appalto nel rispetto delle raccomandazioni espresse dall'ANAC. A tal proposito, si richiama quanto già trattato al precedente punto A).

Contemporaneamente, potranno essere attuate iniziative di rotazione di funzioni amministrative mutuabili, tra tutto il personale dipendente, che non richiedano specifica formazione tecnica e che possano assicurare alternanza di ruoli, soprattutto se trattasi di funzioni a cui siano riconnessi incentivi economici, così da promuovere la più ampia partecipazione e garantire le medesime opportunità a tutto il personale del comparto.

A compensazione dell'attuazione (non sempre agevole) della misura della rotazione si dà atto, tuttavia, che diverse strutture aziendali già applicano sistemi di "segregazione delle funzioni" in grado di ripartire responsabilità tra più dipendenti, evitando concentrazioni di potere in capo ad un unico soggetto. Inoltre, sempre al fine di controbilanciare eventuali difficoltà di attuazione della misura in esame potrebbe essere valutato un rafforzamento delle misure di trasparenza che prevedano la pubblicazione di dati ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria oppure una maggiore compartecipazione del personale alle attività dell'ufficio, o anche una rotazione funzionale, all'interno dello stesso ufficio, con modifica periodica di compiti e responsabilità.

Deve comunque darsi atto che il fisiologico avvicendamento nella direzione di diverse Strutture aziendali, anche di area sanitaria, a seguito del collocamento in quiescenza del titolare o del suo trasferimento, l'assunzione, a seguito di pubblici concorsi, di nuovi Dirigenti (CCNL Sanità e CCNL Funzioni Locali) e l'inserimento di dipendenti a seguito di procedure di mobilità, hanno, comunque, attuato una naturale rotazione di personale nell'ambito dell'Azienda.

#### *Ulteriori forme di rotazione previste dalla legge*

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

L'art. 3, co. 1, della Legge 27 marzo 2001, n. 97, sul trasferimento obbligatorio, recante "Norme sul rapporto tra procedimento penale e procedimento disciplinare ed effetti del giudicato penale nei confronti dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni", stabilisce che "quando nei confronti di un dipendente di amministrazioni o di enti pubblici ovvero di enti a prevalente partecipazione pubblica è disposto il giudizio per alcuni dei delitti previsti dagli articoli 314, primo comma, 317, 318, 319, 319-ter, 319-quater e 320 del codice penale e dall'articolo 3 della legge 9 dicembre 1941, n. 1383,



l'amministrazione di appartenenza lo trasferisce ad un ufficio diverso da quello in cui prestava servizio al momento del fatto, con attribuzione di funzioni corrispondenti, per inquadramento, mansioni e prospettive di carriera, a quelle svolte in precedenza”.

Giova evidenziare che i delitti richiamati dalla norma sono una serie di reati molto più ristretta rispetto all'intera gamma di reati previsti dal Codice Penale, Libro secondo “Dei delitti in particolare”, Titolo II “Dei delitti contro la Pubblica Amministrazione”, trovando quindi applicazione, la rotazione straordinaria, solo quando al dipendente dell'azienda siano stati contestati i reati di peculato (di cui al comma 1 art. 314 ossia con appropriazione della cosa mobile o del denaro altrui, non nel caso di peculato d'uso), concussione, corruzione per l'esercizio della funzione, corruzione per atto contrario ai doveri di ufficio, corruzione in atti giudiziari, induzione indebita a dare o promettere utilità, corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio.

Il trasferimento è obbligatorio, salva la scelta, lasciata all'amministrazione, “in relazione alla propria organizzazione”, tra il “trasferimento di sede” e “l'attribuzione di un incarico differente da quello già svolto dal dipendente, in presenza di evidenti motivi di opportunità circa la permanenza del dipendente nell'ufficio in considerazione del discredito che l'amministrazione stessa può ricevere da tale permanenza” (art. 3, co. 1, cit.). Qualora, in ragione della qualifica rivestita, ovvero per obiettivi motivi organizzativi, non sia possibile attuare il trasferimento di ufficio, il dipendente è posto in posizione di aspettativa o di disponibilità, con diritto al trattamento economico in godimento salvo che per gli emolumenti strettamente connessi alle presenze in servizio, in base alle disposizioni dell'ordinamento dell'amministrazione di appartenenza” (art. 3, co. 2, cit.).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La rotazione straordinaria si configura come misura di carattere successivo, applicabile a seguito dell'avvio di procedimenti penali/disciplinari nei confronti di dipendenti che abbiano posto in essere condotte con natura corruttiva e dunque tali da pregiudicare l'immagine di imparzialità dell'amministrazione. A tal fine si richiama quanto previsto dalle "Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, c. 1 lettera l-quater, del d.lgs. n. 165 del 2001" di cui alla Delibera dell'ANAC n. 215 del 26 marzo 2019.

Durante lo scorso 2024 non sono stati notificati procedimenti penali per fatti di natura corruttiva a carico di dipendenti dell'Azienda, né si sono conclusi con sentenza o altro provvedimento definitivo procedimenti penali per fatti di natura corruttiva a carico degli stessi.

Progettazione e programmazione della misura

Misura	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica di attuazione	Indicatore monitoraggio	Valori attesi Impatti attesi
<b>Rotazione straordinaria del personale</b>		-Direzione strategica -U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane	Entro il 2025	n° comunicazioni relative all'avvio di procedimenti penali o disciplinari o all'esistenza di condotte di natura corruttiva alla Direzione Amministrativa/ n° di procedimenti penali o disciplinari o all'esistenza di condotte di natura corruttiva	N/A.
<b>Rotazione ordinaria del personale</b>	Adozione del Piano della rotazione del personale	-U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane -Direzione strategica	Entro il 2025	Adozione procedura SI/NO	SI

**E) Obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi**

L'art. 1, co. 41, della Legge n. 190/2012 ha introdotto l'art. 6-bis della Legge n. 241/1990, il quale ha imposto una particolare attenzione da parte dei responsabili del procedimento sulle situazioni di "conflitto di interesse" che si manifesta allorché un interesse privato (secondario) interferisca, o potrebbe interferire, con l'interesse pubblico (primario) in modo tale da pregiudicare l'imparzialità delle scelte dell'operatore pubblico a vantaggio degli interessi privati.

La norma nazionale citata va letta in maniera coordinata con l'art. 6 del Codice di Comportamento aziendale il quale prescrive che *"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 sia amministratore o gerente o dirigente"* ed anche che *"il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistono gravi ragioni di convenienza"*.

Sul versante dei contratti pubblici, oltre a fare rinvio alle Linee Guida ANAC n. 15 in tema di *"Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici"*, occorre ricordare che ai sensi dell'art. 42, del D. Lgs. n. 50/2016:

- le stazioni appaltanti prevedono misure adeguate per contrastare le frodi e la corruzione nonché per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interesse nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni, in modo da evitare qualsiasi distorsione della concorrenza e garantire la parità di trattamento di tutti gli operatori economici;

- si ha conflitto d'interesse quando il personale di una stazione appaltante o di un prestatore di servizi che, anche per conto della stazione appaltante, interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni o può influenzarne, in qualsiasi modo, il risultato, ha, direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di appalto o di concessione;
- costituiscono situazione di conflitto di interesse quelle che determinano l'obbligo di astensione previste dall'articolo 7 del D.P.R. n. 62/2013;
- il personale che versa in situazione di conflitto di interesse è tenuto a darne comunicazione alla stazione appaltante, ad astenersi dal partecipare alla procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni e alla fase di esecuzione del contratto;
- fatte salve le ipotesi di responsabilità amministrativa e penale, la mancata astensione costituisce comunque fonte di responsabilità disciplinare a carico del dipendente.

In relazione a quanto sopra, tutti i Direttori, i Dirigenti, il Responsabile del Procedimento, il Responsabile di Progetto (RUP), il Direttore dell'esecuzione del contratto (DEC) e i dipendenti degli uffici competenti ad effettuare ispezioni, controlli e sanzioni o ad adottare pareri, valutazioni, altri atti intra procedimentali o il provvedimento finale, e comunque tutti i dipendenti, collaboratori, consulenti sono obbligati ad astenersi in caso di conflitto di interesse, segnalando al proprio responsabile gerarchico o al referente ogni situazione di conflitto anche potenziale.

Si ribadisce l'importanza che tutto il personale possa prendere parte alle eventuali sessioni di formazione (di livello generale e specifico) in materia di prevenzione della corruzione.

Inoltre, ai fini di una completa attuazione dell'art. 42, del D. Lgs. n. 50/2016, l'Azienda assicura che ciascun responsabile unico del procedimento (RUP) e/o dell'esecuzione del contratto (DEC) e/o dei lavori (DL), sottoscriva un'apposita dichiarazione relativa all'inesistenza di conflitti di interesse, da rendersi ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00 ed aggiorni la stessa dichiarazione nel caso in cui, durante lo svolgimento della gara, dovessero insorgere situazioni di conflitto di interesse. L'aggiornamento 2023 del PNA ha mantenuto valide le prescrizioni relative ai soggetti delle stazioni appaltanti cui spetta fare le dichiarazioni di assenza di conflitti di interessi e i contenuti delle relative dichiarazioni. Pertanto, non considerando necessario modificare la disciplina interna, sarà focalizzata l'attenzione sulla presenza delle dichiarazioni relative all'assenza di conflitto di interesse riguardanti i soggetti, diversi dal RUP, che rispetto alla specifica procedura di gara potrebbero ugualmente trovarsi in situazioni di conflitto, compresi tutti i prestatori di servizi a vario titolo coinvolti nell'affidamento (ad es. progettisti esterni, commissari di gara, collaudatori) e tutti i soggetti che possano intervenire nella fase esecutiva del contratto.

Su sollecitazione dell'ANAC, che tra i processi ad alto rischio corruttivo in ambito sanitario ha individuato anche quello delle iniziative di sponsorizzazione, si è concluso il processo interno volto a presidiare la formazione individuale specialistica dei dipendenti svolta all'esterno e finanziata da società private in quanto situazione che potrebbe potenzialmente influenzare i processi decisionali e dunque idonea ad introdurre margini di conflitto di interesse. È stato, infatti, adottato uno specifico regolamento in materia di sponsorizzazioni di eventi formativi (Delibera CS n. 1356/2023) teso a disciplinare i processi autorizzativi al fine di salvaguardare e rendere trasparenti le attività formative con sponsorizzazione individuale, anche nel rispetto dei criteri di pari opportunità, imparzialità e rotazione tra i dipendenti stessi, escludendo qualsiasi forma di conflitto di interesse e qualsiasi forma

di beneficio/utilità non riconducibili alle ipotesi previste dal Codice di comportamento vigente, in piena aderenza alla scelta aziendale di favorire l'attuazione dei principi di cui alla Legge 190/2012.

Allo scopo di prevenire e/o contrastare situazioni di conflitto di interesse e garantire il buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa, unitamente alle altre misure già adottate ed a quelle previste dal presente PIAO (whistleblowing, formazione, rotazione del personale, *pantouflage*) il RPCT adotta specifiche misure di controllo delle dichiarazioni rilasciate dai destinatari degli eventi formativi sponsorizzati, mediante l'ausilio dei dirigenti di settore responsabili dei procedimenti.

### Progettazione e programmazione della misura

Misura	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica di attuazione	Indicatore di monitoraggio	Valori attesi e Impatti attesi
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi (Dirigenza secondo quanto previsto dal Codice di comportamento aziendale).	- Dirigente U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane	Entro il 31 gennaio di ogni anno	Dichiarazione resa dall'interessato: numero delle dichiarazioni rese/totale dei Dirigenti	Target: 100%
	Dichiarazioni di insussistenza del conflitto di interessi aggiornate in presenza di modifiche sopraggiunte che determinano l'insorgenza di potenziali conflitti.			Risultanze degli audit campionari della U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane	
	Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi (RUP e DEC/DL), conformemente alle indicazioni rese con Linee Guida n. 15/ e con P.N.A. 2022, ribadite dall'aggiornamento 2023 del PNA.  Dichiarazioni di insussistenza del conflitto di interessi aggiornate in presenza di modifiche sopraggiunte che determinano l'insorgenza di potenziali conflitti.	Dirigenti delle U.O.C. Politiche e Gestione del Patrimonio Immobiliare, Impiantistico e Svil. SI. U.O.C. E.Procurement; U.O.C. Ingegneria Clinica	In occasione di ogni affidamento	Dichiarazione resa dall'interessato: numero delle dichiarazioni rese/totale degli incaricati	

## F) Incarichi extraistituzionali

Con Deliberazione CS n. 1600 del 20 dicembre 2023 l'Azienda ha approvato il "Regolamento in materia di incarichi esterni conferiti al personale in servizio nella ASL di Viterbo – modificazione e integrazioni ai sensi dell'art. 3 quater del d.l. 21.9.21, n. 127, convertito con l. 19.11.2021, n. 165, s.m.i. "che disciplina le modalità di conferimento e di rilascio dell'autorizzazione al personale dipendente per lo svolgimento degli incarichi extra-istituzionali, sia a titolo gratuito che retribuiti.

È compito della U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane l'accertamento dell'osservanza da parte dei dipendenti delle disposizioni normative in materia di esclusività del pubblico impiego verificando l'insussistenza di situazioni di incompatibilità o di conflitto di interesse, anche potenziale, nell'esercizio, da parte dei dipendenti, di altre attività.

Nel rinviare alla disciplina contenuta nel citato Regolamento per quanto concerne condizioni, limiti e procedure da seguire per ottenere l'autorizzazione allo svolgimento di incarichi ed attività extra-istituzionali, si evidenzia che anche il Responsabile della Struttura in cui è incardinato il dipendente, ai fini della formulazione dell'eventuale parere/nulla osta di competenza, è chiamato a verificare e valutare, unitamente alla U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane, l'assenza di situazioni di conflitto di interesse, anche solo potenziale, tra l'attività extra-istituzionale che il dipendente intende svolgere e l'attività istituzionale, nonché l'assenza di altre cause ostative allo svolgimento dell'attività e al rilascio del provvedimento, inclusa l'intervenuta irrogazione di sanzioni disciplinari nel corso dell'ultimo biennio per fatti di natura corruttiva.

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

### Progettazione e programmazione della misura

Misura	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica di attuazione	Indicatore di monitoraggio	Valori attesi Impatti attesi
Incarichi extra-istituzionali	Monitoraggio dell'UOC Risorse Umane/ Responsabili di Struttura	Dirigente U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane/ Responsabili di Struttura	In essere	Risultanze del monitoraggio	
	Flussi informativi verso il RPCT	-Direttore U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane -Responsabili di Struttura	Ad evento (irregolarità)	Flussi informativi verso il RPCT relativo alle irregolarità riscontrate	

### **G) Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (Pantouflage / Revolving doors)**

Tra le misure di prevenzione della corruzione assume particolare rilievo il divieto di pantouflage che agisce sulla fase successiva alla cessazione del rapporto di lavoro con la pubblica amministrazione.

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

La ratio della norma è volta al tentativo di ridurre il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro. Si intende evitare che durante il periodo di servizio il dipendente possa precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose sfruttando la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro con l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto.

Al fine di dare attuazione della predetta previsione normativa, l'Azienda, tenendo conto dei contenuti del P.N.A. 2019 e del nuovo approfondimento inserito nel PNA 2022, ha previsto all'interno del Patto d'Integrità, meglio descritto al successivo punto J), l'obbligo delle imprese a non concludere rapporti di lavoro subordinato o autonomo e comunque a non attribuire incarichi ad ex dipendenti che abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della ASL per il triennio successivo alla cessazione del rapporto, nonché l'obbligo di dichiarare che all'interno della propria organizzazione non prestino attività lavorativa o professionale ex dipendenti pubblici rientranti nella fattispecie di cui sopra.

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

- all'atto dell'assunzione del personale, nel relativo contratto individuale di lavoro, deve essere inserita la clausola pantouflage/revolving doors;
- l'inserimento della clausola in questione nei contratti di assunzione per tutto il personale, a prescindere dalla qualifica e dalle mansioni assegnate, dipende dalla imprevedibilità a priori della progressione di carriera e/o della mobilità interna durante la vita lavorativa;
- nei contratti con i quali sia affidato a soggetti, anche esterni all'Azienda, uno degli incarichi previsti dal D. Lgs. n. 39/2013, ovvero nel caso di conferimenti di incarichi ad altri soggetti esterni con i quali l'Azienda stabilisce un rapporto di lavoro, subordinato o autonomo, deve essere inserita analoga clausola;



- a tutti i dipendenti che cessano di prestare servizio per l'ASL, dovrà essere consegnata apposita informativa inerente ai limiti ex art. 53, co. 16 ter, D. Lgs. n.165/2001, con contestuale sottoscrizione di dichiarazione in calce che attesti l'avvenuta ricezione della stessa (previsione confermata da quanto rappresentato dall'A.N.AC. in occasione del P.N.A. 2018);
- i Responsabili dell'attuazione della misura, come sotto indicati, informano tempestivamente il RPCT di ogni violazione riscontrata.

Con la delibera n. 493 del 25 settembre 2024 l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha emanato le Linee Guida n. 1 in tema di c.d. divieto di pantouflage con l'obiettivo di affinare le indicazioni già elaborate in passato con il PNA 2019 e 2022 relativamente alla presente misura di prevenzione della corruzione. Tale documento è stato trasmesso, durante il mese di dicembre 2024, dal RPCT ai Direttori delle Unità Operative interessate, al fine di richiamare il corretto adempimento di quanto indicato dall'ANAC con le citate Linee Guida.

- Per quanto contenuto nel documento, al fine di garantire l'imparzialità dell'agire della pubblica amministrazione, contribuendo ad orientare meglio gli operatori nell'individuazione di misure di contenimento del rischio, l'ANAC ha chiarito l'ambito di applicazione del divieto di pantouflage ed i profili sanzionatori. A tal proposito, sulla base del "Regolamento sull'esercizio della funzione di vigilanza e sanzionatoria in materia di violazione dell'art. 53, comma 16-ter, d.lgs. 165/200" approvato dall'ANAC con la medesima delibera n. 493 citata, i contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto ad un ex dipendente pubblico sono nulli ed i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni.

Per la migliore definizione delle verifiche sul divieto di pantouflage durante l'annualità 2025 la ASL Viterbo prevede di adottare lo specifico "modello operativo" suggerito dall'ANAC nel PNA 2022 e di garantire una gestione efficace in ogni fase del processo, mediante un monitoraggio trimestrale sulle assunzioni e cessazioni e sugli incarichi di lavoro autonomo conferiti nel periodo, per verificare l'applicazione della procedura ed eventualmente intervenire con azioni correttive.



Progettazione e programmazione della misura

Misura	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica di attuazione	Indicatore di monitoraggio	Valori attesi Impatti attesi
Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (Pantouflage / Revolving doors)	Adeguamento Patto di Integrità e atti di affidamento	Dirigenti delle U.O.C. Politiche di Valorizzazione del Patrimonio Immobiliare, Impiantistico e Sviluppo Sistemi Informatici, U.O.C. E.Procurement, U.O.C. Ingegneria Clinica	In essere	Risultanze dell'audit campionario del RPCT sull'aggiornamento degli atti	<b>Target: 100%</b>  <b>Impatti attesi:</b> Rafforzamento dei controlli
	Adeguamento atti di conferimento di incarico e contratto di lavoro	Dirigente U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane	In essere	Risultanze dell'audit campionario del RPCT sull'aggiornamento degli atti	
	Flussi informativi verso il RPCT	Dirigente U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane	Ad evento, tempestivo	Flussi informativi verso il RPCT relativo alle irregolarità riscontrate	
	Adozione "Modello operativo" ANAC (PNA 2022) per le verifiche sul divieto di pantouflage	Dirigente U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane	Entro la fine del 2025	SI/NO	SI

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

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

- non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;*
- 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;*
- non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.*

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

Per quanto sopra, nell’ambito delle commissioni per l’accesso o la selezione al pubblico impiego, delle commissioni per la scelta del contraente per l’affidamento di lavori, forniture e servizi e delle commissioni per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere, è previsto che i componenti (inclusi i segretari) debbano rilasciare una dichiarazione di insussistenza di condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati di cui al Capo I, Titolo II del Libro secondo del Codice Penale (delitti dei pubblici ufficiali contro la P.A.).

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

Nello svolgimento delle proprie funzioni di monitoraggio, il RPCT proseguirà a richiedere report periodici circa l’acquisizione e il controllo delle suddette dichiarazioni.

#### Progettazione e programmazione della misura

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

#### **I) Tutela del dipendente che segnala illeciti (*whistleblowing*)**

Coloro che segnalano fatti corruttivi nei quali si trovino coinvolti o dei quali siano informati nel corso dell’esercizio delle proprie funzioni lavorative (*whistleblowers*), agevolano non soltanto una repressione efficace, ma esprimono, soprattutto, un coinvolgimento eticamente corretto ed una impostazione culturale che costituisce essa stessa il primario deterrente al fenomeno della corruzione nell’interesse dell’integrità dell’amministrazione di appartenenza.

Con Delibera CS n. 614 del 14 luglio 2023 la ASL di Viterbo ha adottato la *“Procedura per l’inoltro e la gestione delle segnalazioni di illeciti (whistleblowing, ai sensi del D. Lgs. 10 marzo 2023, n. 24, che recepisce in Italia la Direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019, dello “Schema di Linee Guida ANAC in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell’Unione e protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali – procedure per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne”, pubblicato per la consultazione sul sito dell’ANAC il 1° giugno 2023 e delle Linee Guida ANAC di cui alla Delibera n. 469 del 9 giugno 2021 recante “Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell’art. 54-bis, del D. Lgs. 165/2001 (c.d. whistleblowing)”*. Tale nuova procedura, applicabile alle segnalazioni inoltrate a decorrere dal 15 luglio 2023 ha inteso favorire l’utilizzo del whistleblowing (segnalazione di illeciti) quale strumento di rafforzamento dei principi di legalità e buon andamento e fondamentale misura di prevenzione della corruzione e di contrasto alla *“maladministration”* con l’obiettivo di diffondere e sviluppare la consapevolezza di poter segnalare, in modo agevole ed in regime di piena tutela e protezione, atti/comportamenti illeciti, anche presunti, commessi ai danni dell’amministrazione e, di riflesso, dell’interesse pubblico collettivo.

Attraverso la procedura adottata sono resi disponibili tre distinti canali di segnalazione che garantiscono la riservatezza dell’identità della persona segnalante e di coloro che eventualmente fossero coinvolti nella segnalazione, nonché del contenuto della segnalazione e della relativa documentazione:

- a) segnalazione scritta tramite piattaforma informatica (criptata)
- b) segnalazione orale tramite linea telefonica dedicata “non registrata”
- c) incontro programmato in presenza con il RPCT.

Per le modalità di effettuazione della segnalazione e per gli altri dettagli si fa rinvio alla procedura adottata con la citata Delibera CS n. 614 del 14 luglio 2023 alla quale, nel caso di eventuali interventi dell’ANAC e/o modifiche normative, saranno apportate le necessarie integrazioni.

Al fine di rendere sempre fruibile la “whistleblowing policy” il RPCT ha creato uno specifico spazio di accesso alla piattaforma e di consultazione della nuova procedura di inoltro e gestione delle segnalazioni nella Sezione Amministrazione trasparente - “Altri contenuti” - del sito web aziendale.

Dalla valutazione generale relativa al grado di utilizzo della procedura di segnalazione, emerge l’esigenza di rafforzare la conoscenza e la promozione di tale strumento all’interno dell’Azienda, introducendo nuove forme comunicative per la sua valorizzazione.

Progettazione e programmazione della misura

Misura	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica di attuazione	Indicatore di monitoraggio	Valori attesi Impatti attesi
Tutela del dipendente che segnala illeciti (Whistleblowing)	Miglioramento dello strumento comunicativo	RPCT	Entro il 2025	Realizzazione sessione formativa SI/NO	Target: SI

**J) Patto di Integrità**

Il Patto d'Integrità di cui all'art. 1, co. 17, della Legge n.190/2012 costituisce lo strumento negoziale, di integrazione contrattuale, contenente una serie di condizioni dirette a valorizzare comportamenti eticamente adeguati che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare, permettendo così un "controllo reciproco" delle parti contraenti assicurando il pieno rispetto dei principi costituzionali di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa.

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

Per l'anno in corso ci si propone l'obiettivo di proseguire l'opera di sensibilizzazione delle strutture alla diffusione dei patti di integrità nei bandi di gara e contratti e di implementare i controlli nell'ambito delle Strutture interessate.

Progettazione e programmazione della misura

Misura	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica di attuazione	Indicatore di monitoraggio	Valori attesi Impatti attesi
Patto di Integrità aziendale	Rafforzamento dei controlli nell'ambito delle procedure di affidamento	-Dirigenti delle U.O.C. Politiche di Valorizzazione del Patrimonio Immobiliare, Impiantistico e Sviluppo Sistemi Informatici, U.O.C. E.Procurement; U.O.C. Ingegneria Clinica	Entro il 2025	n° controlli effettuati dalle strutture sui patti di integrità inseriti in bandi e contratti/n° totale di patti di integrità	Almeno 5%
	Miglioramento della conoscenza della misura	-RPCT	Entro il 2025	Attuazione iniziativa di formazione	

### K) Azione di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

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

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

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

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

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

#### Progettazione e programmazione della misura

Misura	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica di attuazione	Indicatore monitoraggio	Valori attesi Impatti attesi
Azione di sensibilizzazione e rapporto con la società civile	-Canale con gli <i>stakeholder</i> -Avvisi e richieste di contributi / suggerimenti	RPCT URP Comunicazione Aziendale	Ad evento	Avviso sul sito istituzionale	Rafforzamenti dei controlli dall'esterno
	-Canale per gli <i>stakeholder</i> -Reclami e segnalazioni di illecito	RPCT URP	Ad evento	Indicazioni operative sul sito istituzionale  Riepilogo dei reclami/segnalazioni	
	Flusso informativo verso il RPCT	URP	Entro il 15 gennaio	Flussi informativi verso il RPCT relativo ai Reclami/Segnalazioni che rappresentano illeciti	

### L) Informatizzazione dei processi

Si richiama, riguardo la digitalizzazione dei processi relativi alla contrattualistica pubblica, quanto descritto alla successiva sezione (Trasparenza).

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

Ulteriori misure inerenti alla informatizzazione dei processi attengono, più in generale, alla trasparenza amministrativa ed in particolare alle innovazioni in tema di pubblicità e trasparenza dei contratti pubblici (per le quali si rinvia al successivo paragrafo N). Più in particolare, obiettivo specifico per il 2025 sarà, tra l'altro, lo sviluppo di processi di informatizzazione della trasparenza mediante la valutazione di applicativi che possano interfacciarsi con i programmi già in uso all'Azienda, così da garantire maggiore tempestività e completezza delle pubblicazioni, sempre nel rispetto delle esigenze di tutela della riservatezza.

#### Progettazione e programmazione della misura

Misura	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica di attuazione	Indicatore di monitoraggio	Impatti attesi
<b>Implementazione</b> <b>Informatizzazione dei processi</b>	Piattaforme regionali  Tool aziendali	-Dirigenti delle U.O.C. Politiche di Valorizzazione del Patrimonio Immobiliare, Impiantistico e Sviluppo Sistemi Informatici -U.O.C. E-.Procurement; -U.O.C. Ingegneria Clinica -Tutti i Direttori delle Strutture interessate	Entro il 2025	Integrazione Piattaforme digitali e Tool aziendali	Piena accessibilità del cittadino/utente/PP.AA.

### M) Antiriciclaggio

In coerenza con i contenuti dell'art. 10 "Pubbliche amministrazioni" del D.lgs. 231/2007 "Attuazione della direttiva 2005/60/CE concernente la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminali e di finanziamento del terrorismo nonché della direttiva 2006/70/CE, che prescrive alle PP.AA. un preciso onere di collaborazione attiva con le Autorità preposte alla prevenzione del riciclaggio, in quanto ritenute in posizione privilegiata per individuare e prevenire i fenomeni illeciti, l'Azienda ha provveduto alla nomina del "Gestore delegato alla valutazione e trasmissione delle segnalazioni riguardanti ipotesi di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo ai sensi del Decreto Ministero Interno del 25.09.2015" con Delibera D.G. n. 95 del 18.01.2018. Attesa la peculiarità della materia si rende necessario sensibilizzare quelle strutture aziendali che per la natura delle funzioni esercitate svolgono attività finalizzate a realizzare operazioni a contenuto economico, definendo un percorso che possa assicurare l'efficacia del presidio di trasparenza sull'obbligo di individuare il titolare effettivo dei destinatari dei fondi pubblici.

Per ciò che concerne l'attuazione del PNRR, si specifica che la ASL Viterbo non procede in maniera autonoma ad avviare proprie, specifiche gare di appalto, ma aderisce agli accordi quadro stipulati dall'Agenzia nazionale per l'attrazione degli investimenti e lo sviluppo d'impresa S.p.a. – Invitalia per l'attuazione degli interventi di competenza ricadenti nella missione 6 – Salute del (PNRR), cofinanziata dal piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC).

Durante il 2025 ci si propone di avviare un corso di formazione obbligatorio, con approccio operativo sulle casistiche ritenute rilevanti per il settore sanitario, destinato al personale delle strutture maggiormente interessate dal fenomeno.

#### Progettazione e programmazione della misura

Misura	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica di attuazione	Indicatore di monitoraggio	Impatti attesi
Miglioramento trasparenza del titolare effettivo	verifiche dei dati di tracciabilità dei flussi finanziari ex Legge n. 136/2010	-Dirigenti delle U.O.C. Politiche e Gestione del Patrimonio Immobiliare, Impiantistico e Svil. SI e Sic. -U.O.C. E.Procurement; -U.O.C. Ingegneria Clinica -Tutti I Direttori delle Strutture interessate	Entro il 2025		

#### **N) Misure di regolamentazione**

Tra le misure di prevenzione del rischio si intende riconoscere un'indubbia importanza anche alla costante revisione ed all'aggiornamento della normativa interna, oltre che alla verifica di integrazione della regolamentazione esistente, volta all'approvazione di eventuali ulteriori procedure che possano garantire l'allineamento con la naturale evoluzione legislativa, nonché la limitazione dell'esercizio della discrezionalità.

Nel perseguimento della finalità di creazione del valore pubblico, la revisione e il miglioramento della regolamentazione interna favoriscono la verifica della corretta attuazione del principio di trasparenza, nonché l'individuazione di eventuali comportamenti disomogenei tra uffici della stessa Azienda.

#### Progettazione e programmazione della misura

Misura	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica di attuazione	Indicatore di monitoraggio	Impatti attesi
<b>Aggiornamento di Procedure e Regolamenti interni</b>	Regolamentazioni, circolari o direttive interne  Procedure gestionali finalizzate a prevenire fenomeni di corruzione o di malfunzionamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aggiornamento Procedure e Regolamenti in essere</li> <li>Adozione di nuove Procedure e Regolamenti</li> <li>Risultanze check list di monitoraggio (semestrale / annuale) trasmesse dal RPCT</li> </ul>	Entro il 2025	Verifiche semestrali dei Responsabili di Struttura	<b>Allineamento con normative nazionale/limitazione discrezionalità</b>

## O) Trasparenza

Il D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 (*“Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”*), così come modificato dal D. Lgs. 25 maggio 2016, n.97, all’articolo 1, definisce la 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”*.

Concorrendo ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell’utilizzo delle risorse pubbliche, la trasparenza opera, dunque, per consolidare il vincolo di fiducia tra il cittadino e la PA, costituendo una misura di prevenzione imprescindibile per la prevenzione della corruzione.

I dati, le informazioni e i documenti da pubblicare devono rispettare i seguenti criteri: integrità, costante aggiornamento (con indicazione puntuale delle date di pubblicazione e aggiornamento), completezza, tempestività, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità, conformità ai documenti originali, indicazione della provenienza e riutilizzabilità; inoltre, essi devono essere prodotti in formato aperto e riutilizzabile.

La presente sezione, sulla base della vigente normativa e degli interventi di regolazione effettuati dall’Autorità Nazionale Anticorruzione, riporta gli obblighi in materia di trasparenza, pubblicità e diffusione di dati, informazioni e documenti come individuati nel D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. e dalla Legge n. 190/2012 e s.m.i., recepiti all’interno del PIAO. Sul sito aziendale è presente la sezione denominata *“Amministrazione Trasparente”* in cui sono pubblicati i contenuti obbligatori di cui al D. Lgs. n. 33/2013, ed ulteriori dati di carattere facoltativo. Al di là delle previsioni normative, affinché lo strumento possa essere effettivamente utile al cittadino ed all’operatore interno all’amministrazione, occorre fare lo sforzo di progettare la trasparenza al di là del minimo richiesto e dello standardizzato. La riflessione strategica sull’utilità dei contenuti da pubblicare in maniera facoltativa farebbe, infatti, della trasparenza uno strumento innovativo ed intelligente. Ed è per questo che l’analisi dei contenuti richiesti mediante gli strumenti dell’accesso civico potrebbe, infatti,



costituire un elemento proattivo tale da indurre a pubblicare, quali “dati ulteriori”, alcuni contenuti di maggiore interesse per gli stakeholders.

Ai sensi di quanto previsto dall’art. 10 del D. Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016, i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria e l’individuazione dei responsabili dell’elaborazione/trasmissione e pubblicazione dei dati sono rappresentati nell’ALLEGATO n. 5 “Elenco degli obblighi di pubblicazione”, riportante gli obblighi di pubblicazione previsti dalla vigente normativa in materia di trasparenza con indicazione delle scadenze per l’aggiornamento e le Strutture/Dirigenti responsabili. I Dirigenti apicali trasmettono semestralmente una relazione circa l’andamento delle attività connesse alla trasparenza, al rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla Legge, dando atto, altresì, dell’avvenuto monitoraggio del rispetto dei tempi di pubblicazione.

Con l’aggiornamento 2023 del PNA l’attenzione riservata dall’ANAC alla misura di prevenzione in esame è stata principalmente incentrata sulle novità riguardanti la tematica della contrattualistica pubblica. Il nuovo testo dell’art. 37 del D. Lgs 33/2013, recante “*Obblighi di pubblicazione concernenti i contratti pubblici di lavori, servizi e forniture*”, recita infatti:

*1. Fermo restando quanto previsto dall’articolo 9-bis e fermi restando gli obblighi di pubblicità legale, le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti pubblicano i dati, gli atti e le informazioni secondo quanto previsto dall’articolo 28 del codice dei contratti pubblici;*  
*2. Ai sensi dell’articolo 9-bis, gli obblighi di pubblicazione di cui al comma 1 si intendono assolti attraverso l’invio dei medesimi dati alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici presso l’ANAC e alla banca dati delle amministrazioni pubbliche ai sensi dell’articolo 2 del decreto legislativo 29 dicembre 2011, n. 229, limitatamente alla parte lavori.*

Attraverso i due articoli appena riportati, sono riscritti, in chiave evolutiva verso la massima semplificazione ed informatizzazione, gli obblighi di trasparenza nel settore dei contratti pubblici da attuare a mezzo di specifici obblighi di trasmissione e pubblicazione a carico delle stazioni appaltanti, affidando all’ANAC il compito di meglio definirli con proprio provvedimento.

Così, mediante l’approvazione della Delibera n. 264 del 20 giugno 2023, l’ANAC ha adottato il provvedimento che individua i documenti, i dati e le informazioni relativi alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici oggetto di trasparenza ai fini e per gli effetti dell’articolo 28 del nuovo codice dei contratti e dell’articolo 37 del decreto trasparenza. Il citato provvedimento dell’ANAC, ha acquistato efficacia dallo scorso 1° gennaio 2024. La previsione di efficacia differita, contenuta nella Delibera n. 264/2023, citata, ha consentito all’ANAC di adottare i provvedimenti regolatori necessari ad implementare il nuovo sistema e, dall’altro, alle stazioni appaltanti di dotarsi di piattaforme di approvvigionamento digitale, in grado di assicurare alcuni degli istituti più ambiziosi della riforma del nuovo codice dei contratti tra cui spicca la piena digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici e l’interoperabilità necessaria a rendere disponibili le proprie basi dati alla Piattaforma Digitale Nazionale Dati (PDND) di cui all’art. 50-ter del D. Lgs. n. 82/2005 e s.m.i e alla Banca Dati Nazionale Contratti Pubblici (BDNCP). Dunque, a regime, l’adozione di tale modello consentirà di assicurare semplificazione e snellimento delle attività. Le modalità di gestione degli appalti ad opera della ASL soddisfano pienamente i nuovi requisiti: per la gestione digitale di tutte le fasi dei contratti pubblici – pianificazione, progettazione, pubblicazione, affidamento ed esecuzione – e per la comunicazione con le giuste tempistiche delle informazioni alla Banca Dati ANAC, l’Azienda si avvale unicamente di piattaforme di approvvigionamento digitale certificate, facenti parte dell’ecosistema nazionale di

approvvigionamento digitale, in grado di acquisire i CIG e di scambiare dati e informazioni con la BDNCP.

Le descritte procedure relative alla digitalizzazione dei contratti pubblici apportano degli effetti positivi diretti anche riguardo all'assolvimento dei relativi obblighi di pubblicazione a fini di trasparenza. Infatti, la gestione del ciclo di vita dei contratti tramite piattaforme di approvvigionamento digitale certificate assicura anche il rispetto degli obblighi di trasparenza per tutti i dati trasmessi alla BDNCP.

Rimane fermo l'obbligo, per la ASL di Viterbo, di pubblicare sul sito istituzionale, sezione "Amministrazione trasparente", sottosezione "Bandi di gara e contratti", tutto l'insieme di dati e atti relativi al ciclo di vita del singolo contratto che non sono comunicati alla BDNCP e che sono oggetto di pubblicazione obbligatoria.

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

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

Tuttavia, oltre a costituire uno strumento di utilità per l'esterno, la trasparenza deve risultare "utile" alla stessa Azienda ed alla comunità degli operatori che vi appartengono perché consente di guardare, proprio, cosa l'amministrazione sta realizzando e con ciò riconoscendo valore al lavoro.

Inoltre, la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico aziendale da tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi e individuali integrati: gli adempimenti sulla trasparenza, al pari di quelli in materia di prevenzione della corruzione, sono connessi ad obiettivi di performance e contribuiscono alla creazione di valore pubblico.

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

- 1) dare *attuazione agli obblighi previsti dal "Decreto Trasparenza"* promuovendo la consapevole realizzazione di una efficace politica di trasparenza e di prevenzione della corruzione, rigettando la *"cultura del mero adempimento"* che privilegia il rispetto formale delle procedure/obblighi e dei tempi. L'obiettivo, dunque, è quello di passare da un percorso di trasparenza reattiva ad un percorso proattivo.
- 2) promuovere *maggiori livelli di trasparenza* e assicurare la pubblicità dei documenti, delle informazioni e dei dati oggetto di accesso civico;
- 3) assicurare all'utenza il *diritto alla conoscibilità*, che consiste nel diritto riconosciuto a chiunque di conoscere, fruire gratuitamente, utilizzare e riutilizzare documenti, informazioni e dati pubblicati obbligatoriamente;
- 4) garantire la *qualità e la chiarezza delle informazioni*;
- 5) promuovere la *revisione e l'aggiornamento continuo del sito istituzionale*, Sezione "Amministrazione Trasparente";
- 6) promuovere *audit condivisi con i soggetti responsabili* della raccolta, produzione e pubblicazione dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria, anche al fine di migliorare la qualità delle informazioni;

- 7) garantire, tramite le misure trasparenza, l'*integrità dell'Azienda* intesa come dovere di tutti i dipendenti di adempiere alle funzioni pubbliche *"con disciplina e onore"* (art. 54, Cost.), assicurando la legalità dell'azione amministrativa, la correttezza ed efficacia degli atti, il rispetto dei principi di buon andamento e l'imparzialità. In questi termini, la trasparenza permette di prevenire e, eventualmente, scoprire fenomeni di *maladministration* e, comunque, irregolarità e conflitti di interesse;
- 8) consentire il *controllo diffuso sulla performance aziendale*.

In virtù del disposto dell'art. 48, co. 2 e 3 del D. Lgs 33/2013, che conferisce all'ANAC il compito di definire, sentiti il Garante per la protezione dei dati personali, la Conferenza unificata, l'Agenzia per l'Italia Digitale - AGID e l'ISTAT, modelli e schemi per l'organizzazione, la codificazione e la rappresentazione dei documenti, delle informazioni e dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente, l'ANAC ha recentemente emanato la Delibera n. 495 del 25 settembre 2024. Con essa sono stati approvati alcuni schemi di pubblicazione, realizzati con l'obiettivo di mettere a disposizione delle amministrazioni degli strumenti che consentano un più agevole ed omogeneo popolamento della sezione "Amministrazione Trasparente", in conformità ai requisiti di qualità delle informazioni di cui all'art. 6 del D. Lgs n. 33/2013 e nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dal medesimo decreto.

Con l'intento di avviare un adeguamento graduale delle sezioni di "Amministrazione Trasparente", la citata delibera dell'ANAC ha concesso un periodo transitorio di dodici mesi per l'adozione di tre schemi relativi agli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 4-bis *"trasparenza sull'utilizzo delle risorse pubbliche"*, 13 *"obblighi di pubblicazione concernenti l'organizzazione delle pubbliche amministrazioni"* e 31 *"controlli su attività e organizzazione"*, stabilendo inoltre che i restanti schemi relativi agli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 12, 20, 23, 26 e 27, 29, 31, 32, 35, 36, 39 e 42 del D. Lgs. 33/2013 potranno comunque essere oggetto di sperimentazione volontaria da parte delle amministrazioni interessate nel suddetto periodo transitorio senza alcun obbligo per queste di utilizzarli e senza attivazione di vigilanza di ANAC.

Alla luce del descritto intervento dell'ANAC, al fine di promuovere una revisione partecipata dell'alberatura delle pubblicazioni contenute in "Amministrazione Trasparente" il RPCT nel corso del primo trimestre 2025 avvierà delle sessioni di confronto con i Referenti aziendali degli obblighi di pubblicazione interessati dal processo di riforma, dando anche impulso per l'adeguamento dell'applicativo in uso secondo le indicazioni diffuse dall'ANAC.

## ORGANIZZAZIONE AZIENDALE PER LA TRASPARENZA

L'organizzazione della ASL di Viterbo per la trasparenza si applica a tutte le ripartizioni aziendali e coinvolge, in particolare, le strutture che operano in ambito tecnico-amministrativo.

Il PIAO individua i Referenti per la trasparenza che supportano il RPCT relativamente alla fase di redazione, aggiornamento ed attuazione della presente misura di prevenzione. Il gruppo dei Referenti, coordinato dal RPCT, è costituito dai Direttori delle UU.OO.CC./UU.OO.SS.DD. a cui è assegnata la responsabilità della produzione, trasmissione e aggiornamento dei dati di necessaria pubblicazione, di cui al D. Lgs. n. 33/2013 e all'Allegato 1 della Delibera A.N.AC. n. 1310/2016, per le materie di rispettiva competenza, in modo da garantirne completezza, esattezza e tempestività,

compresa la verifica sulla conformità dei flussi informativi alla vigente normativa in tema di privacy. Per l'elencazione dettagliata delle pubblicazioni obbligatorie della ASL Viterbo, si rinvia all'ALLEGATO n. 5 "ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE" (D. Lgs. 33/2013 - D. Lgs. 97/2016).

L'individuazione dei Responsabili delle varie fasi del flusso è anche funzionale al sistema delle responsabilità contemplato nel D. Lgs. n. 33/2013 e successive modifiche ed integrazioni. Si ribadisce, infatti che al Direttore responsabile della struttura aziendale interessata spetta la piena ed esclusiva responsabilità della avvenuta pubblicazione dei dati sul sito web aziendale.

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

In relazione alla numerosità delle informazioni da pubblicare, si renderà utile programmare azioni di miglioramento per l'organizzazione, quanto più lineare, delle informazioni da pubblicare, così da garantire la più efficace comprensione e consultazione da parte dell'utenza.

## MONITORAGGIO E CONTROLLO SULL'ATTUAZIONE DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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

### Controllo del RPCT

Per quanto previsto dall'art. 43, del D. Lgs. n. 33/2013, il RPCT svolge attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, relativamente alla completezza, alla chiarezza ed all'aggiornamento delle informazioni pubblicate, provvedendo a segnalare, eventualmente, agli organismi di vertice della ASL, all'OIV, all'ANAC e, nei casi più gravi, all'UPD, i casi di mancato o ritardato adempimento ai fini dell'attivazione dei provvedimenti e delle altre forme di responsabilità.

In particolare, il RPCT:

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

attuazione della trasparenza.

Su richiesta del RPCT sono stati individuati, da parte di ciascun Direttore referente di Struttura su cui gravano obblighi di pubblicazione, i dipendenti che dovranno svolgere funzioni di supporto al RPCT stesso per i previsti controlli in tema di completezza e chiarezza delle pubblicazioni, come previste dal D. Lgs 33/2013.

### **Controllo dell'Organismo Interno di Valutazione (OIV)**

Ai sensi di quanto previsto dal vigente quadro normativo, l'OIV promuove ed attesta, annualmente e presso l'ASL, l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza. La prevista *“Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni”* di cui all'art. 14, c. 4, lett. c), del D.lgs. n. 150/2009, trasmessa all'A.N.AC. ed alla Direzione Generale della ASL, è pubblicata, nei tempi previsti dalla normativa, sul sito aziendale, nella Sezione *“Amministrazione trasparente” - “Controlli e rilievi sull'amministrazione” - “Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe” - “Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe”*

### **Controllo dell'A.N.AC.**

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

## **ACCESSO CIVICO**

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

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

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

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

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

## MISURE SPECIFICHE E ULTERIORI

Oltre alle misure *generali* di cui ai paragrafi precedenti, sin dalle precedenti programmazioni l’Azienda ha introdotto misure *specifiche* di prevenzione connesse alle varie Aree/UU.OO. aziendali, la maggioranza delle quali è stata correttamente attuata secondo quanto riferito dai Responsabili in occasione dei monitoraggi semestrali svolti durante il mese di luglio 2023 e gennaio 2025.

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

A tal ultimo proposito, come sopra accennato, è stato formato un Allegato specifico (cfr. ALLEGATO 4 “Misure specifiche per determinate aree di rischio”) recante la progettazione delle misure di prevenzione relativamente alle seguenti aree di rischio:

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

Tanto premesso, si riporta, a seguire, la descrizione di sintesi delle ulteriori *misure specifiche* dell’ASL di Viterbo, rinviando, per quanto concerne l’abbinamento e la concreta declinazione delle misure medesime per le singole Aree/UU.OO., all’ALLEGATO n. 3 “Misure generali di gestione del rischio”.

Misure specifiche	Azioni e strumenti	Indicatori di monitoraggio	Impatti attesi
-------------------	--------------------	----------------------------	----------------

1	Rispetto dei principi fondamentali del Codice di Comportamento, del PIAO e del Codice di Deontologia professionale	Codice di Comportamento, Sezione PIAO e Codice di Deontologia professionale	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Risultanze scheda mirata sul Codice di Comportamento somministrata, con periodicità semestrale dal RPCT ai Referenti</li> <li>▪ Risultanze flussi informativi e interlocuzioni (scritte e verbali) con il RPCT</li> </ul>	Sensibilizzazione del personale (Dirigenza/Comparto)
2	Vigilanza continua sul conflitto di interesse	<p>Massima vigilanza e controlli, ad opera di tutti i Referenti e Dirigenti, sulle situazioni anche di potenziale conflitto di interessi di cui può venirsi a conoscenza o in cui ci si può trovare per ragioni di servizio</p> <p>Contestuale obbligo di segnalazione e di astensione in ogni caso che possa configurarsi un conflitto di interesse</p> <p>Evitare e, se del caso, segnalare situazioni di concentrazione del potere decisionale</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Risultanze flussi informativi e interlocuzioni (scritte e verbali) con il RPCT</li> <li>▪ Risultanze scheda mirata sul Codice di Comportamento somministrata, con periodicità annuale dal RPCT ai Referenti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sensibilizzazione del personale (Dirigenza/Comparto)</li> <li>▪ Partecipazione attiva di tutto il personale aziendale</li> <li>▪ Rafforzamento dei controlli</li> <li>▪ Maggiore efficacia dei controlli</li> </ul>
3	Monitoraggio di deroghe, scostamenti ed indicatori di anomalia	Individuazione di dati informativi che consentano di monitorare eventuali deroghe o scostamenti dalle indicazioni generali	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Report / Verbali interni delle Strutture interessate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rafforzamento dei controlli</li> <li>▪ Maggiore efficacia dei controlli</li> </ul>
4	Trasparenza dei procedimenti e della Regolamentazione aziendale	<p>Fasi istruttorie rigorose e trasparenti nel rispetto di leggi, norme, regolamenti e circolari interne</p> <p>Implementazione di tutte le misure a sostegno della massima trasparenza delle attività amministrative</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pubblicazione di dati, documenti e informazioni sul sito web aziendale e sull'area intranet del sito stesso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Maggiori livelli di trasparenza</li> <li>▪ Semplificazioni dei controlli dall'esterno, da parte dell'utenza e degli stakeholder</li> </ul>
5	Controllo su deleghe di poteri	Programmazione ed effettuazione di controlli a campione sulle modalità di esercizio dei poteri di delega, qualora vi sia delega di funzioni	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Report / Verbali interni delle Strutture interessate</li> <li>▪ Segnalazione delle irregolarità, in via tempestiva, al RPCT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rafforzamento dei controlli</li> <li>▪ Maggiore efficacia dei controlli</li> </ul>
6	Implementazione dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio (D.P.R. 445/2000)	<p>Effettuazione di controlli a campione aggiuntivi sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese sia da dipendenti che dagli utenti, ai sensi degli art. 45 – 49 del D.P.R. n° 445/2000 (art. 71 e 72 D.P.R. 445/2000)</p> <p>Potenziamento dei servizi ispettivi aziendali di cui all'art. 1 comma 62, Legge n° 662/96 rispetto alle verifiche sulle dichiarazioni (art. 72 D.P.R. n° 445/2000)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Report / Verbali interni delle Strutture interessate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rafforzamento dei controlli</li> <li>▪ Maggiore efficacia dei controlli</li> </ul>

7	Analisi delle criticità e sensibilizzazione	<p>Svolgimento di incontri e riunioni periodiche tra dirigenti, e tra dirigenti e dipendenti, anche appartenenti a settori diversi, per finalità di aggiornamento, di confronto e di circolazione delle informazioni utili ad elaborare migliori soluzioni dell'attività amministrativa aziendale</p> <p>Condivisione e discussione dei materiali distribuiti e delle normative specifiche analizzate e illustrate nei corsi di formazione effettuati in merito ai fenomeni corruttivi e di malfunzionamento dell'Amministrazione</p> <p>Sensibilizzazione e vigilanza in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione con particolare riferimento alle prescrizioni del Codice di comportamento aziendale</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Report / Verbali interni delle Strutture interessate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sensibilizzazione del personale (Dirigenza/Comparto)</li> <li>Partecipazione attiva di tutto il personale aziendale</li> <li>Rafforzamento dei controlli</li> <li>Maggiore efficacia dei controlli</li> </ul>
8	Condivisione del procedimento - Controllo incrociato	Coinvolgimento di almeno due dipendenti abbinati secondo rotazione casuale in attività di controllo e di vigilanza in determinate attività dove c'è più rischio di esercizio di potere discrezionale	<ul style="list-style-type: none"> <li>Report / Verbali interni delle Strutture interessate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partecipazione attiva di tutto il personale aziendale</li> <li>Rafforzamento dei controlli</li> <li>Maggiore efficacia dei controlli</li> </ul>
9	Monitoraggio dei termini procedurali	<p>Massimo rispetto dei tempi procedurali</p> <p>Monitoraggio puntuale, ad opera di Referenti e Dirigenti, sul rispetto dei termini procedurali</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Report / Verbali interni delle Strutture interessate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partecipazione attiva di tutto il personale aziendale</li> <li>Rafforzamento dei controlli</li> <li>Maggiore efficacia dei controlli</li> </ul>
10	Sottoscrizione dei verbali da parte dell'utenza	Implementazione di procedure che prevedano che ogni tipo di verbalizzazione relativa ai servizi svolti verso l'utenza debba essere portata a conoscenza dell'utente destinatario e, comunque, da questi sottoscritta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Report / Verbali delle Strutture interessate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Semplificazioni dei controlli dall'esterno, da parte dell'utenza e degli stakeholder</li> <li>Maggiore efficacia dei controlli</li> </ul>
11	Meccanismi di rotazione nella gestione delle pratiche	Rotazione (ove possibile) del personale dirigenziale e del personale del comparto titolare di posizioni organizzative, di coordinamenti e di responsabilità dei procedimenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>Report / Verbali interni delle Strutture interessate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sensibilizzazione del personale (Dirigenza/Comparto)</li> <li>Partecipazione attiva di tutto il personale aziendale</li> <li>Rafforzamento dei controlli</li> <li>Maggiore efficacia dei controlli</li> </ul>



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

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

In questa sede viene preso in considerazione il monitoraggio sull'attuazione e l'idoneità delle misure di prevenzione della corruzione, (conformemente alla Determinazione A.N.AC. n. 12/2015 e alla Delibera A.N.AC. n. 831/2016) da cui è scaturita la necessità di integrare i documenti consolidati di mappatura dei processi e valutazione del rischio con l'aggiunta dei risultati derivati dall'aggiornamento dei dati relativi ai processi delle strutture.

Il sistema di monitoraggio in tema di prevenzione della corruzione, proprio in virtù della complessità dell'Azienda, richiede interventi generali ed efficaci e pertanto prevede l'ampio coinvolgimento dei Direttori delle strutture per la fase di "1° livello", seguita dall'intervento del RPCT per il "2° livello".

La pianificazione degli interventi di monitoraggio, così come già attuata nelle precedenti annualità, resta a grandi linee confermata anche per l'anno 2025 ed è di seguito schematizzata:

	AZIONI	RESPONSABILI	STRUMENTI OPERATIVI	PERIODICITÀ- TERMINE DI ESECUZIONE
<b>A. GESTIONE DEL RISCHIO</b>	Verifica dello stato di aggiornamento della mappatura dei processi, della valutazione del rischio e delle misure programmate	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ RPCT</li> <li>▪ Referenti</li> <li>▪ Dirigenti individuati quali responsabili dei processi /procedimenti</li> </ul>	Nota di richiesta del RPCT  Check list di monitoraggio per Area / UU.OO.  Relazioni dei Referenti / Responsabili di Struttura	<b>Semestrale</b>  Entro 31 luglio (monitoraggio intermedio)  Entro il 31 gennaio dell'anno successivo (monitoraggio finale)
<b>B. ATTUAZIONE DELLE MISURE</b>	Verifica dello stato di attuazione delle misure e della loro idoneità	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ RPCT</li> <li>▪ Referenti</li> <li>▪ Dirigenti individuati quali Responsabili dell'attuazione delle misure</li> </ul>	Nota di richiesta del RPCT  Relazioni dei Referenti/Responsabili di Struttura	<b>Semestrale</b>  Entro il 31 luglio (monitoraggio intermedio)  Entro il 31 gennaio dell'anno successivo (monitoraggio finale)
	Controlli a campione sull'attuazione delle misure da parte delle Strutture responsabili	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ RPCT</li> <li>▪ Direzione Strategica</li> <li>▪ Internal Auditing</li> </ul>	Redazione del Programma Annuale Audit	<b>Periodico</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Referenti e Dirigenti individuati quali Responsabili dei processi (audit di I livello)</li> <li>▪ RPCT e Internal Auditing (audit di II livello)</li> </ul>	Espletamento di audit su base campionaria e redazione di report sulle risultanze della verifica condotta	<b>Periodico</b>

C. EFFICACIA DEL PIAO	Acquisizione di dati quantitativi e qualitativi, delle valutazioni, proposte e suggerimenti di Referenti, Dirigenti, PO aziendali e UPD.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Referenti</li> <li>Dirigenti individuati quali Responsabili dei processi</li> <li>UPD</li> <li>OIV</li> </ul>	Compilazione e trasmissione di apposita scheda di monitoraggio da parte dei Responsabili di Struttura	<b>Annuale</b> Entro il 31 gennaio
	Acquisizione delle indicazioni provenienti dagli stakeholder		Predisposizione e trasmissione di report da parte di OIV, UPD, UOC Affari generali, URP e Strutture che operano nei settori a maggior rischio	<b>Periodico</b>
	Acquisizione dei reclami/segnalazioni di illecito da parte dell'utenza			
	Analisi e valutazione dei dati, informazioni, proposte, suggerimenti e rendicontazione dati acquisite in occasione del monitoraggio e di ogni altra informazione disponibile	<ul style="list-style-type: none"> <li>RPCT</li> </ul>	Predisposizione, trasmissione e pubblicazione della relazione annuale riportante l'esito del monitoraggio	<b>Annuale</b> Entro il termine individuato dall'A.N.AC.

Al fine di evitare criticità nell'attuazione dei necessari controlli a campione sull'attuazione delle misure da parte delle Strutture responsabili, è necessario che il RPCT si avvalga dell'ausilio di una Struttura di supporto e di una rete di collaboratori per il necessario presidio su tutto il vasto territorio. Particolare attenzione sarà riservata al monitoraggio sul rispetto dei tempi procedurali con specifico riferimento agli appalti finanziati con i fondi del PNRR.

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

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

## SEZIONE ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

### D. STRUTTURA ORGANIZZATIVA

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

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

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

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

- I rapporti istituzionali con gli organi e gli organismi (tra cui la Conferenza Locale per la Sanità e il Collegio Sindacale);
- I rapporti con i dirigenti che coadiuvano, in forma collegiale, la direzione aziendale nelle attività di governo (Collegio di direzione e Consiglio dei Sanitari).
- In particolare, spetta alla Direzione Strategica:
  - l'individuazione degli obiettivi di tutela della salute e delle strategie di intervento in grado di conseguirli;
  - la definizione degli assetti organizzativi e dei meccanismi operativi dell'azienda;
  - l'attribuzione delle risorse umane e strumentali alle macrostrutture sanitarie, nell'ambito del budget operativo;
  - la pianificazione delle risorse e degli investimenti;
  - le relazioni interne ed esterne;
  - la garanzia della sicurezza e prevenzione;
  - il controllo strategico.

## ESAME DELL'ATTUALE ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

### GOVERNO STRATEGICO

La Direzione Strategica è costituita da:

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



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

- i rapporti istituzionali con gli organi e gli organismi (tra cui la Conferenza Locale per la Sanità e il Collegio Sindacale);
- i rapporti con i dirigenti che coadiuvano, in forma collegiale, la direzione aziendale nelle attività di governo (Collegio di direzione e Consiglio dei Sanitari).
- In particolare, spetta alla Direzione Aziendale:
  - l'individuazione degli obiettivi di tutela della salute e delle strategie di intervento in grado di conseguirli;
  - la definizione degli assetti organizzativi e dei meccanismi operativi dell'azienda;
  - l'attribuzione delle risorse umane e strumentali alle macrostrutture sanitarie, nell'ambito del budget operativo;

- la pianificazione delle risorse e degli investimenti;
- la gestione delle relazioni interne ed esterne;
- la garanzia della sicurezza e prevenzione;
- il controllo strategico

## ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

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

L'Azienda è articolata in aree, dipartimenti, unità operative complesse e unità operative semplici dipartimentali, rappresentati nell'atto Atto Aziendale, adottato con delibera del DG n.2111 del 22/11/2018 e approvato con DCA n. U00501 del 13 dicembre 2018, per il quale si rinvia al link del sito web dell'ASL Viterbo <https://www.asl.vt.it/approfondimenti/2008/bollettinouff..pdf>.

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

Con deliberazione del Direttore Generale n. 455 del 15/03/2019, di approvazione del documento “Il sistema di networking aziendale” si è inteso rendere coerente l'organizzazione aziendale alla nuova logica delle responsabilità al fine di governare il sistema delle reti, dei centri, delle centrali operative, dei percorsi assistenziali e con l'intero disegno organizzativo aziendale di integrazione tra ospedale e territorio ed in linea con la nuova Programmazione della Rete Ospedaliera approvata con la DGR 869/2023.

**Dipartimenti:** si intendono per dipartimenti le strutture individuate dall'Azienda per l'attuazione di processi organizzativi integrati. I dipartimenti, comunque siano definiti, rappresentano il modello operativo dell'Azienda e svolgono attività professionali e gestionali. Ad essi sono assegnate le risorse umane, tecniche e finanziarie, necessarie all'assolvimento delle funzioni attribuite. I dipartimenti sono articolati al loro interno in strutture complesse e semplici a valenza dipartimentale.

**Unità Operative Complesse (UOC):** sono sistemi organizzativi complessi per la rilevanza quantitativa e strategica delle attività svolte e per l'attribuzione di un budget quali-quantitativo. Sono assegnate ad un direttore responsabile, corrispondono ad uno o più centri di costo e sono dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale. Hanno

l'assegnazione di rilevanti dotazioni tecnico strumentali con livelli ottimali di operatività delle risorse disponibili. Le attività di produzione e prestazioni di servizi sanitari richiedono un significativo volume di risorse che equivale, per le attività sanitarie, alle prestazioni caratterizzanti dell'ambito disciplinare;

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

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

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

## ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

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

E'Terminata così la situazione eccezionale, durata per tutto il periodo della pandemia da Covid-19, in cui il lavoro agile (smart working) costituiva la modalità lavorativa ordinaria. Successivamente a tale data e per un periodo limitato, la modalità lavorativa agile è stata normativamente consentita in forma semplificata, vale a dire al di fuori del regime ordinario previsto dalla legge 22 maggio 2017, n. 81, soltanto per i lavoratori cosiddetti "fragili" e per i lavoratori con figli inferiori ai 14 anni.

Il Ministro per la Pubblica Amministrazione, con direttiva del 29 dicembre 2023, ha evidenziato che; *omissis ... il lavoro agile, quale strumento organizzativo e di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, nel pubblico impiego è regolato, per ciascun lavoratore, da accordi individuali - sottoscritti con il dirigente/capo struttura – che calano nel dettaglio obiettivi e modalità ad personam dello svolgimento della prestazione lavorativa... omissis ... tuttavia, nel quadro normativo vigente, il lavoro agile è stato utilizzato anche come specifica forma di tutela per i lavoratori "fragili", prevedendo, per tale categoria di dipendenti, lo svolgimento obbligatorio della prestazione lavorativa attraverso la predetta modalità... omissis ... si ritiene necessario evidenziare la necessità di garantire ai lavoratori che documentino gravi,*

*urgenti e non altrimenti conciliabili situazione di salute, personali e familiari, di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza... omissis ... Nell'ambito della organizzazione della pubblica amministrazione, sarà pertanto il dirigente responsabile a individuare le misure organizzative che si rendono necessarie, attraverso specifiche previsioni nell'ambito degli accordi individuali, che vadano nel senso sopra indicato".*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Per quanto riguarda gli obblighi di informativa, il datore di lavoro garantisce la salute e la sicurezza del lavoratore che svolge la prestazione in modalità di lavoro agile e, a tal fine, consegna al lavoratore e al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, con cadenza almeno annuale,



un'informativa scritta, nella quale sono indicati i rischi generali e i rischi specifici connessi all'esecuzione della prestazione all'esterno dei locali aziendali.

Terminata dal 1 settembre 2022 la legislazione di emergenza sanitaria da COVID – 19, in vigore della quale era prevista e attuata anche in ambito aziendale la modalità lavorativa agile nella forma semplificata, che ha avuto la finalità di evitare sovraffollamenti e diffusione del contagio nei luoghi di lavoro, le fonti normative ordinarie di riferimento per il lavoro agile sono dunque rappresentate dalla legge n. 81/2017 e dai contratti collettivi nazionali di lavoro. Al momento, la disciplina collettiva introdotta in materia di lavoro agile è quella contenuta negli artt. 76-80 del CCNL Comparto Sanità 2019/2021, negli artt. 92-96 del CCNL Area Sanità 2019/2021 e negli artt. 11-12 (Titolo III Disposizioni comuni) del CCNL Funzioni Locali 2019/2021. La disciplina collettiva di ciascuna ambito contrattuale demanda alle aziende di definire, in sede di confronto con le organizzazioni sindacali, i criteri generali di individuazione delle attività che possono essere effettuate in regime di lavoro agile, nonché i criteri di priorità per l'accesso all'istituto, facilitando l'accesso al lavoro agile ai lavoratori che si trovino in condizioni di particolare necessità, non coperte da altre misure.

#### **NORMATIVA DI RIFERIMENTO**

- Legge 7 agosto 2015, n.124
- Decreto Legge 22 maggio 2017, n. 81, convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, modificata con Decreto Legge 30 dicembre 2021, n. 228, convertito con modificazioni dalla Legge 25 febbraio 2022, n. 15, successivamente modificata con Decreto Legge 30 aprile 2022, n. 36, convertito con Legge 29 giugno 2022, n. 79;
- DPCM del 23 settembre 2021
- Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 8 ottobre 2021
- Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 11 ottobre 2021
- Decreto del Ministro per la pubblica amministrazione e del Ministro del lavoro e delle politiche sociali del 3 gennaio 2022
- Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 29 dicembre 2023
- CCNL Area Sanità 2019/2021
- CCNL Area Funzioni Locali 2019/2021
- CCNL Comparto Sanità 2019/2021
- Legge 13 dicembre 2024, n. 203 (Art. 14)

## **LIVELLO DI ATTUAZIONE E DI SVILUPPO DEL LAVORO AGILE**

Con deliberazione n. 187 del 31 gennaio 2024, l'Azienda ASL di Viterbo ha approvato il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) del triennio 2024/2026, che ha recepito, fra l'altro, il regolamento aziendale del lavoro agile.

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

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

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

## **REQUISITI TECNOLOGICI**

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

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

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

## **PROGRAMMA IN MATERIA DI LAVORO AGILE**

Rispetto al periodo emergenziale, è necessario registrare due novità: la prima è che il regime lavorativo ordinario, dal 15 ottobre 2021, è di nuovo quello in presenza; l'altro è rappresentato dalla sottoscrizione degli accordi nazionali del triennio 2019/2021 del personale del Comparto

sanità e delle Aree dirigenziali Sanità e Funzioni Locali, che demandano, a livello aziendale, al confronto con le organizzazioni sindacali di categoria la definizione di ulteriori aspetti di dettaglio del lavoro agile.

Pertanto, si verificherà, in sede di confronto, con le organizzazioni sindacali l'eventuale necessità di perfezionare, modificare e integrare il regolamento aziendale vigente per consentire ai lavoratori, attraverso il lavoro agile, di conciliare al meglio le proprie esigenze personali e familiari con i doveri istituzionali.

## **E. STRATEGIE DI COPERTURE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE**

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale è aggiornato e adottato annualmente, in coerenza con l'organizzazione degli uffici e dei servizi e con la pianificazione pluriennale delle attività e delle performance, per la programmazione delle assunzioni delle diverse figure professionali, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili.

Il piano di fabbisogno triennale adottato potrà comunque subire modifiche o integrazioni per effetto di nuove disposizioni ministeriali e regionali riguardanti la determinazione del fabbisogno del personale.

La Regione Lazio, con nota circolare prot. n. U1024381 del 14 agosto 2024, ha trasmesso le linee guida per la predisposizione del piano dei fabbisogni per il triennio 2024/2026, invitando le aziende sanitarie a rendicontare in merito all'attuazione delle assunzioni e delle stabilizzazioni di personale autorizzate, da ultimo, con nota prot. n. U0608445 del 9 maggio 2024, nonché a comunicare, per l'anno 2025, la programmazione delle assunzioni di personale in funzione delle cessazioni dal servizio previste per la stessa annualità, presupponendo un turn over del 100%, con riserva di rimodulazione in occasione della definizione del piano triennale di fabbisogni 2025/2027.

L'Azienda, con nota prot. n. 73056 del 16 settembre 2024, ha provveduto a fornire i dati richiesti.

## F. STRATEGIE DI FORMAZIONE DEL PERSONALE

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

Tale visione sistemica è perseguita con:

- lo sviluppo di un piano formativo che impatti significativamente sulle competenze in ambito manageriale e professionale, tenendo presente gli elementi di economicità, efficacia ed efficienza nella spesa dedicata;
- l'utilizzo delle metodologie didattiche attive quali Comunità di Pratica, Action learning, Training on the job;
- l'utilizzo dell'e-learning nei settori di formazione obbligatoria, in modo da abbattere i costi e consentire una più facile conciliazione dell'impegno di aggiornamento professionale con quello lavorativo.
- il sistema dedicato alla formazione permanente degli operatori sanitari per le attività che confluiscono nei Piani:
  - Nazionale di Ripresa e Resilienza
  - Nazionale Territoriale (DM/77)
  - Regionale FSE
  - Regionale per la gestione delle ICA
  - Regionale Middle Management

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

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

Attraverso il piano formativo 2025 (in fase di adozione) si intendono seguire le aree strategiche di indirizzo per la formazione indicate per il triennio 2023-2025 dalla Regione Lazio contenute nella determinazione n. G16918 del 15/12/2023. Inoltre la Asl di Viterbo, a seguito della Direttiva sulla Formazione emanata dal Ministro per la Pubblica Amministrazione avente per oggetto “Pianificazione della formazione e sviluppo delle competenze funzionali alla transizione digitale, ecologica e amministrativa promosse dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza” si è registrata in data 11/04/2023 sulla piattaforma “Syllabus” del Dipartimento della Funzione Pubblica (<https://syllabus.gov.it>) e provvede a dare indicazioni e supporto ai propri dipendenti per partecipare ai corsi dell'offerta formativa Syllabus dinamica e in continua evoluzione. La Direttiva fornisce, infatti, indicazioni metodologiche ed operative per la pianificazione, la gestione e la

valutazione delle attività formative, considerate uno dei principali strumenti per migliorare la qualità dei servizi a cittadini e imprese, e affidate ai dirigenti, per i quali rappresentano un obiettivo di performance, anche al fine di dare piena attuazione al Piano Integrato di Attività e Organizzazione.

Per l'anno 2025 preso atto delle ulteriori indicazioni contenute nella Direttiva del Ministro PA del 14/01/2025 oltre a dare continuità allo svolgimento dei corsi su:

Competenze digitali

Cybersicurezza

Codice dei contratti pubblici d.lgs. 36/2023

Accountability per il governo aperto

si punterà a rendere fruibili i corsi, sempre su piattaforma Syllabus, che accrescono la cultura del rispetto della persona e la valorizzazione delle diversità di genere, di ruolo e di professione.

Inoltre appena si renderà disponibile, su piattaforma Syllabus, il corso Sviluppare le soft skills, questo verrà reso fruibile ai dipendenti aziendali che necessitano acquisire competenze legate alla leadership e alla gestione delle relazioni interpersonali.

La Direzione strategica ha individuato un gruppo di lavoro che curerà il processo di inserimento del personale neoassunto predisponendo percorsi formativi volti ad accelerare la socializzazione organizzativa.

Nel 2024 sono stati sviluppati percorsi formativi basati su metodologie di confronto e training on the job al fine di conseguire più ampi livelli di performance da parte dei dipendenti e dare loro l'opportunità di crescita e di considerare una eventuale mobilità interna. Gli esiti di questa tipologia di formazione sono stati valutati positivamente tanto da essere nuovamente predisposti per il 2025.

In conclusione la vasta offerta formativa che contraddistingue il PFA 2025 sarà in grado di facilitare la partecipazione per ogni dipendente del ruolo sanitario, tecnico, amministrativo, a quaranta ore di formazione annuali.

## SEZIONE MONITORAGGIO

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

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

### IL CONTROLLO STRATEGICO

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

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

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

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

All'attività di valutazione e controllo strategico fornisce supporto all'OIV, struttura autonoma che opera in staff alla Direzione, alla quale riferisce gli esiti delle analisi effettuate.

### IL CONTROLLO DI GESTIONE

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

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

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

## **IL CONTROLLO DI REGOLARITÀ AMMINISTRATIVA E CONTABILE**

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

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

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

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

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

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

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

## **IL CONTROLLO SULLA INTEGRITÀ ED I VALORI ETICI**

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



## **IL CONTROLLO DI QUALITÀ**

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

## **IL CONTROLLO DELLE PRESTAZIONI**

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

## **LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE**

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

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

## **ALLEGATI**

### **I. SEZIONE VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE**

Allegato 1 allegato tecnico performance

Allegato 2 Piano Azioni Positive

Allegato 3 misure generali di gestione del rischio

Allegato 4 misure specifiche per determinate aree di rischio

Allegato 5 elenco degli obblighi di pubblicazione

### **2. SEZIONE ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO**

Allegato 6 regolamento lavoro agile

Allegato 7 istanza di attivazione lavoro agile

Allegato 8 proposta di svolgimento del lavoro agile

Allegato 9 comunicazione dati PC

Allegato 10 indicazioni tecniche

Allegato 11 contratto individuale di lavoro agile

Allegato 12 linee di attività

Allegato 13 rilevazione presenza in servizio

Allegato 14 informativa sulla salute e sicurezza nel lavoro agile

Allegato 15 attestazione consegna informativa

Allegato 16 piano triennale di fabbisogno di personale 2024\_2026 nota prot. 73056\_2024

allegato 16.1 Deliberazione 2241 del 30 dicembre 2024 - approvazione bilancio economico di previsione 2025

allegato 16.2 Deliberazione 2241\_2024\_Allegato A\_Conto Economico Preventivo

allegato 16.3 Deliberazione 2241\_2024 Allegato C\_Conto Economico di dettaglio