

ASL VITERBO

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

TRIENNIO 2022 - 2024

SOMMARIO

| | |
|--|-----|
| PREMESSA | 3 |
| SEZIONE 1 – ANAGRAFICA DELL’AMMINISTRAZIONE | 4 |
| SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE | 8 |
| VALORE PUBBLICO | 9 |
| PERFORMANCE | 10 |
| RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA..... | 29 |
| RISCHI CORRUTTIVI..... | 29 |
| TRASPARENZA..... | 84 |
| SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO | 94 |
| STRUTTURA ORGANIZZAZIONE | 94 |
| ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE..... | 95 |
| PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE..... | 106 |
| FORMAZIONE DEL PERSONALE..... | 107 |
| SEZIONE 4 - MONITORAGGIO | 118 |
| ALLEGATI..... | 121 |

PREMESSA

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

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.

PIAO deve essere pubblicato entro il 31 gennaio di ogni anno ed inviato al Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la pubblicazione sul relativo portale.

Il Piano si articola in 4 sezioni, a loro volta articolate in sottosezioni di programmazione, riferite a specifici ambiti di attività amministrativa e gestionali. Le sezioni sono le seguenti:

- Scheda anagrafica dell'amministrazione
- Valore pubblico, performance e anticorruzione;
- Organizzazione e capitale umano;
- Monitoraggio.

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

SEZIONE I – 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 |
| Polo Ospedaliero Centrale | 467 | 0 | 16 | 483 |
| Civita Castellana | 86 | 0 | 0 | 86 |
| Tarquinia | 90 | 0 | 0 | 90 |
| Acquapendente | 40 | 0 | 0 | 40 |
| TOTALE | 699 | 0 | 16 | 715 |

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

*Posti letto in programmazione

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 |

“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.

L’Azienda concorre, inoltre, alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Lazio, anche integrando i servizi sociali e socio-assistenziali dei Comuni della Provincia di Viterbo, per quanto espressamente previsto o delegato.

L’azienda individua il riferimento costante della propria azione nella Persona, unica e irripetibile e ritiene che la sostenibilità economica è raggiungibile solo attraverso l’aderenza dell’organizzazione alla risposta dei bisogni di salute, attraverso l’erogazione di prestazioni appropriate ed azioni di presa in carico che consentano la personalizzazione delle cure, nel rispetto dei bisogni globali di ogni cittadino.

L’azienda ritiene che, per l’attuazione di un modello così articolato, è indispensabile interpretare i bisogni dei cittadini, della società civile e delle Istituzioni; ritiene inoltre che è inevitabile una evoluzione nell’organizzazione, che sia conosciuta e condivisa da tutti i livelli professionali in quanto

nella produzione - nella forma più avanzata, efficace ed efficiente della “salute individuale e collettiva” - è necessario adeguare le competenze e i ruoli secondo.

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

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

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

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

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

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

- a) le cure primarie e la presa in carico;
- b) la continuità dell’assistenza e delle cure;
- c) la diagnosi e cura specialistica;

- d) la condivisione con le municipalità di programmi d'intervento socio-sanitari;
- e) la partecipazione attiva dei cittadini/pazienti.

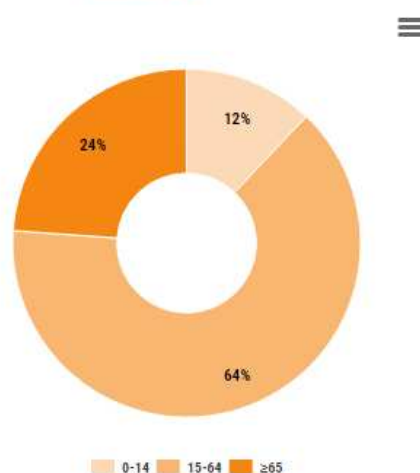
I dati della popolazione residente

La popolazione al 1 gennaio 2021 è di 308.830 abitanti (fonte dati ISTAT).

La densità di popolazione è pari a 84,90 ab./Km², collocando la provincia di Viterbo all'87° posto su 110 province italiane. Nel confronto con le province del Lazio risulta quarta seguita da Rieti e Frosinone. Nella provincia di Viterbo l'indice di dipendenza strutturale (vedi grafico) è pari a 56,1 significa che ogni 100 persone in età lavorativa ci sono 56,1 persone a carico (bambini e anziani). Anche questo valore colloca la provincia di Viterbo sopra la media regionale.

Sono inoltre presenti in Provincia di Viterbo al 1 gennaio 2021 n. 30.206 stranieri; la popolazione immigrata, che risulta essere in diminuzione rispetto al periodo precedente, è di fatto diventata una componente strutturale nel territorio con una maggiore presenza femminile (15.509 donne contro 14.697 uomini) che rappresentano il 10% della popolazione residente.

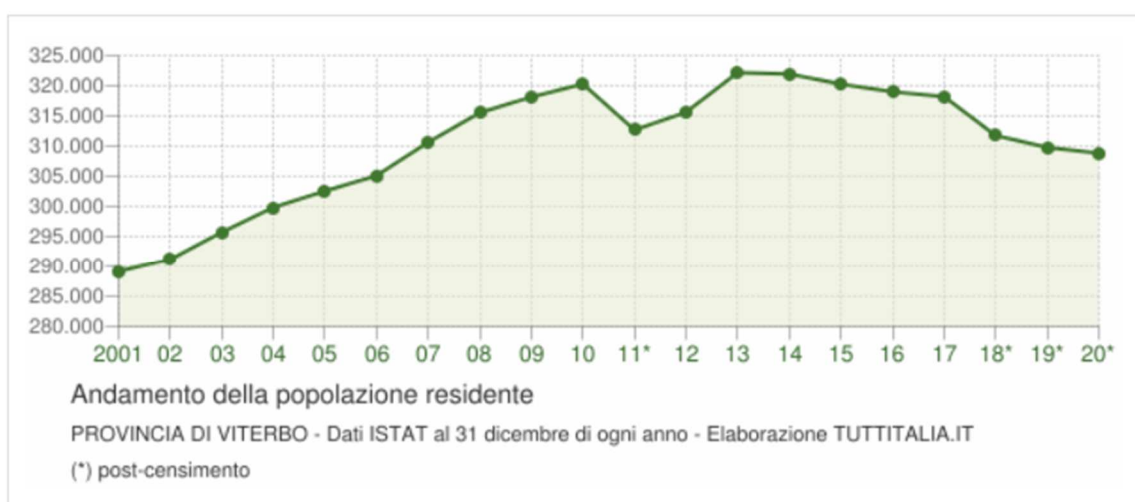
CLASSI DI ETÀ ASL VITERBO - 2020



Popolazione per provincia

fonte ISTAT - 01/01/2021

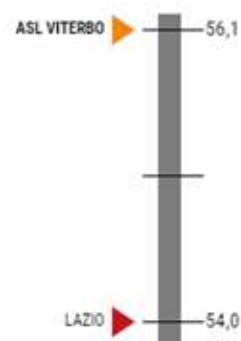
| ▼ Provincia | | ▼ordina per popolazione | ▼ordina per numero comuni |
|--------------------------------------|----|-------------------------|---------------------------|
| Provincia di Frosinone | FR | 472.559 | 91 |
| Provincia di Latina | LT | 566.224 | 33 |
| Provincia di Rieti | RI | 151.335 | 73 |
| Città Metropolitana di Roma Capitale | RM | 4.231.451 | 121 |
| Provincia di Viterbo | VT | 308.830 | 60 |
| Totale | | 5.730.399 | 378 |



INDICE DIPENDENZA STRUTTURALE ASL VITERBO



CONFRONTI - 2020



SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

VALORE PUBBLICO

L'ASL di Viterbo è un'organizzazione che:

- Agisce, in collaborazione con gli altri soggetti, per la promozione e per il mantenimento dello stato di salute dei cittadini;
- Gestisce le risorse che le sono affidate adottando i criteri di efficacia, efficienza ed equità, operando con trasparenza e favorendo la partecipazione nella definizione delle scelte e nella valutazione dei risultati;
- Persegue la valorizzazione del proprio capitale di tecnologie e di professionisti come competenze distintive dedicate alla gestione e alla produzione di servizi sanitari e socio-sanitari.

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.

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.

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.

L'attuale programmazione Regionale ed Aziendale degli interventi ricadenti in questo ambito ha lo scopo, anche ricorrendo alle risorse messe a disposizione del PNRR, di consolidare ed innalzare il

livello medio di digitalizzazione dei vari processi diagnostici, clinici, assistenziali ed amministrativi all'interno delle singole strutture aziendali.

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

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

Il Piano della performance ha la finalità di rendere partecipe la Comunità degli obiettivi che l'ASL di Viterbo si è prefissata per il triennio 2022-2024 garantendo ampia trasparenza e diffusione delle informazioni.

PERFORMANCE

I. Il Piano Triennale delle Performance della ASL di Viterbo 2022-2024

Il Piano Triennale delle Performance della Asl di Viterbo 2022-2024 è stato redatto in coerenza con gli strumenti di programmazione nazionale e regionale e con i vincoli di Bilancio.

In particolare, il documento tiene conto della normativa correlata alla gestione della fase emergenziale dovuta alla pandemia SARS COV2 che ha impattato significativamente sull'organizzazione delle strutture sanitarie aziendali, modificando i percorsi interni e le modalità dell'offerta assistenziale per garantire gli standard di sicurezza. Il Piano Triennale delle Performance è coerente con il Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del SSR 2019-2021, approvato con DCA U00081 del 25/06/2020, con gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali con DGR 762 del 16/11/2021 e con quelli di Contratto assegnati al Direttore Generale della ASL di Viterbo.

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 Piano Triennale delle Performance 2022-2024 nasce dalla valutazione della interconnessione tra bisogni rilevati, a volte anche inespressi, risultati raggiunti, risultati da raggiungere e servizi sanitari da attivare per migliorare la sanità viterbese a partire dalle indicazioni contenute nella Missione 6

Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dalla contestualizzazione in ambito regionale.

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

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

La programmazione aziendale triennale, a partire dal 2022, si basa sui seguenti capisaldi:

- la revisione dei processi organizzativi aziendali in relazione al principio che qualità, appropriatezza clinica ed organizzativa sono gli unici elementi che garantiscono la sostenibilità del sistema economico dell'azienda, a partire dal Piano Territoriale sanitario e socio sanitario aziendale;
- la riqualificazione dei servizi e delle strutture, costruendo i percorsi di cura sulla persona e non sulla patologia, garantendo omogeneità nell'offerta, direttamente collegata ai bisogni ed alla domanda, espressa e inespressa, in una logica di corretta allocazione delle risorse per rispondere ai bisogni fondamentali di tutela della salute della persona attraverso la realizzazione dei Progetti Individuali di Salute (PRIS) come descritti in dettaglio nel Piano Territoriale;
- la digitalizzazione del Sistema Salute al fine di garantire una maggiore efficacia degli strumenti informatici a supporto degli operatori nei processi di cura e per incrementare la facilità di accesso ai servizi da parte dei cittadini, anche in relazione alle linee d'intervento specificate dal PNRR e dal Piano Territoriale aziendale;
- il rafforzamento del sistema delle responsabilità, attraverso la costruzione di un patto con i professionisti e tra questi ed i cittadini, con il solo vincolo di generare valore per la comunità-azienda; Le politiche e le azioni di seguito definite, raccontate nella loro articolazione, servono tutte a convogliare le azioni dei diversi livelli professionali verso questi aspetti essenziali. Il documento non vuole, e non deve, essere esaustivo ma deve identificare il percorso che coinvolge gli operatori nella revisione dei processi, nella riorganizzazione dei percorsi, nella condivisione della modalità di prendersi cura dei cittadini, adeguando le azioni strategiche aziendali ai modelli organizzativi ed agli impianti normativi dettati dalla Regione Lazio;
- l'implementazione di un approccio multidisciplinare alle criticità, attraverso la costruzione di momenti di condivisione tra professionisti operanti in diversi contesti assistenziali, sviluppando una cultura organizzativa orientata alla capacità di agire come Comunità di pratica, in modo da fare emergere le soluzioni a problemi, anche complessi, dalla stessa comunità professionale dell'Azienda; i Tavoli Tecnici delineati nella Parte 3 del Piano Strategico sono le nostre comunità di pratica, chiamate ad affrontare le tematiche a maggior impatto critico.

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

1.1 Perché un focus sulla performance

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

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

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

Il Piano delle Performance (in seguito “Piano”) è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance, processo che raccoglie in un unico quadro le funzioni di pianificazione, di monitoraggio, di misurazione e di valutazione.

1.2 I “tempi” del Ciclo delle Performance

Il Piano sviluppa le linee di indirizzo strategiche e programmatiche dell'ASL di Viterbo. Ha valenza strategica triennale (2022-2024) e viene declinato annualmente relativamente agli indirizzi strategici regionali definendo, in coerenza con le risorse assegnate:

- 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.

È adottato in stretta coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione economico-finanziaria e del Bilancio e dà compimento alla fase programmatica del Ciclo di gestione della performance di cui all'art. 4 del Decreto Lgs. n.150/2009 (in seguito “Decreto”).

Il Piano comprende:

- le caratteristiche organizzative e gestionali distintive dell’Azienda, i valori e i principi specifici che ne definiscono la ragione d’essere, la sua proiezione in uno scenario futuro che determina gli obiettivi di performance individuati;
- l’analisi del contesto di riferimento;
- 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 Piano, deliberato dal Direttore Generale, viene pubblicato e pubblicizzato entro il 31 gennaio di ogni anno a seguito di un percorso così articolato:

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

La Direzione Strategica ha condiviso con il Collegio di Direzione l’intero processo di costruzione del Piano Strategico e, conseguentemente, del Piano Triennale delle Performance, a partire dall’analisi dei risultati del lavoro prodotto dai Tavoli Tecnici istituiti nel 2020 per affrontare le maggiori criticità rilevate e del nuovo modello territoriale declinato nello specifico Piano Territoriale per le attività sanitarie e socio sanitarie della ASL di Viterbo. Il Piano 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.

Quest’ultimo, nelle sue articolazioni, è stato presentato e discusso al Collegio di Direzione nel mese di settembre 2021, individuando le fasi di attuazione del modello che di seguito si riportano:

- Fase 1 applicazione Piano Territoriale: progetto sperimentale USCA-T, già approvata con deliberazione del D.G. n. 2295 dell’8/11/2021;
- Fase 2 applicazione Piano Territoriale: reti specialistiche di prossimità e centri di specialità;

- Fase 3 applicazione Piano Territoriale: integrazione ospedale/territorio – sistema delle Centrali Operative e digitalizzazione dei processi, già approvata con deliberazione del D.G. n. 2707 del 31/12/2021;
- Fase 4 applicazione Piano Territoriale: attuazione delle dimissioni orientate;
- Fase 5 applicazione Piano Territoriale: organizzazione delle strutture intermedie di comunità;
- Fase 6 applicazione Piano Territoriale: integrazione sociosanitaria – Progetti Individuali di Salute (PRIS) e strumenti applicativi;
- Fase 7 applicazione Piano Territoriale: i sistemi di valutazione e controllo nell'ambito distrettuale;
- Fase 8 approvazione Piano Territoriale per le attività Sanitarie e Sociosanitarie – Modello Organizzativo sistema territoriale ASL Viterbo.

Il 16 dicembre 2021 si è svolta la Conferenza dei Servizi che ha approfondito le tematiche oggetto dei Tavoli Tecnici, ha dato l'avvio al Piano delle Performance, ed è stata l'occasione per illustrare la revisione del Piano Strategico Triennale 2022-2024. Di seguito si elencano i 16 Tavoli Tecnici:

1. percorsi clinico assistenziali d'emergenza,
2. revisione/attivazione della rete Trauma e istituzione del Team del Trauma e della Rescue Surgery,
3. dimissione orientata: dalla qualità dell'assistenza ospedaliera all'agenda di dimissione,
4. Paziente Cronico/fragile: la gestione integrata ospedale territorio attraverso l'utilizzo dei sistemi di e-health,
5. la rete chirurgica: azioni per l'incremento della produttività e riduzione della mobilità passiva
6. il nuovo modello territoriale: il progetto individuale di salute e il budget di salute per la gestione socio-sanitaria integrata,
7. tecniche di funzionamento degli ambulatori multidisciplinari ed istituzione dell'ambulatorio multidisciplinare post covid,
8. ospedale amico del bambino e amico della donna nel percorso nascita,
9. revisione e definizione dei tempi e metodi di applicazione dei piani di diffusione,
10. progettazione delle articolazioni delle tipologie riabilitative in relazione al bisogno di salute: offerta riabilitativa aziendale,
11. rete endocrinologia chirurgica: ipofisi, tiroide e surrene,
12. applicazione dei protocolli e percorsi per l'uso appropriato delle tecnologie di diagnostica con l'obiettivo della riduzione delle liste d'attesa e massimizzazione dell'utilizzo delle macchine anche in teleassistenza,
13. sviluppo dei sistemi di gestione, monitoraggio e controllo secondo un approccio one-health ed eco-health,
14. definizione dei criteri di smart working e di collaboration in smart working e sviluppo dei sistemi di monitoraggio della produttività,
15. le malattie rare,
16. la qualità percepita.

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

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

Il Piano Triennale delle Performance è redatto in coerenza con gli obiettivi e gli indicatori individuati dai Tavoli e con quelli orientati alla realizzazione del nuovo modello territoriale. Tali obiettivi sono stati ricondotti alle quattro macro aree, già rappresentate nel Piano Strategico, come più avanti specificate nell'Albero delle Performance.

Nel grafico successivo è riportata l'articolazione dell'intero ciclo delle performance 2022.

| IL PROCESSO DI BUDGETING 2022 | | |
|-------------------------------|--|--|
| I TEMPI | LE AZIONI | GLI ATTORI |
| settembre 2021 | 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 2021 | apertura fase di ascolto degli stakeholder interni ed esterni per la individuazione e condivisione delle priorità strategiche da inserire nel Piano; | Direzione Strategica, Collegio di Direzione |
| Dicembre 2021 | Conferenza dei Servizi e presentazione Piano Triennale delle Performance; consegna ai Direttori di UU.OO.CC e/o Dipartimentale della proposta di budget 2022 | Direzione Strategica |
| entro il 20 gennaio 2022 | riconsegna contributo responsabili UUOCC e dip.li per la definizione obiettivi budget 2022 | UUOCC |
| 31 gennaio 2022 | approvazione del Piano Triennale della Performance | Direzione Strategica |
| 31 gennaio 2022 | consegna della documentazione relativa al raggiungimento degli obiettivi di budget 2021 e delle schede relative al contributo individuale | tutte le UUOCC e Dip.li, CdG |
| 31 dicembre 2021* | approvazione Bilancio di Previsione 2022 | Direzione Strategica |
| gennaio 2022 | validazione degli indicatori annuali di budget (2022) da parte dell'OIV ed avvio del processo di negoziazione | CdG, Comitato di Budget, OIV, Direzione Strategica |
| marzo 2022 | conclusione processo di negoziazione obiettivi di budget 2022; | CdG, Comitato di Budget, Direzione Strategica |
| entro marzo 2022 | contestualizzazione processo di budget all'interno delle UU.OO. e assegnazione obiettivi di performance individuali | Responsabili di Struttura |
| aprile 2022 | monitoraggio e verifica intermedia obiettivi di budget 2022 - I trimestre; invio relazione OIV | Controllo di Gestione |
| aprile 2022* | approvazione Bilancio consuntivo 2021 | Direzione Strategica |
| maggio 2022 | conclusione verifica risultati budget 2021 (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 2022 | validazione Relazione della Performance 2021 e proposta di valutazione dei dirigenti di vertice individuati nei Direttori di Dipartimento, di Distretto e di Area Amministrativa | OIV |
| 30 giugno 2022 | approvazione Relazione e pubblicazione sul sito web aziendale | Direzione Strategica |
| luglio 2022 | monitoraggio e verifica intermedia obiettivi di budget 2022 - II trimestre; invio relazione OIV | Controllo di Gestione |
| luglio 2022 | erogazione incentivo di risultato comparto e dirigenza anno 2021; | Risorse Umane |
| novembre 2022 | monitoraggio e verifica intermedia obiettivi di budget 2022 - III trimestre; invio relazione OIV | Controllo di Gestione |

ciclo Programmazione e Controllo

adempimenti Decreto Leg.vo 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 di Viterbo 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 programatorie;
- valorizzare e riqualificare i sistemi di budgeting aziendali;
- garantire adeguata chiarezza e trasparenza delle performance.

Il modello è articolato su più livelli:

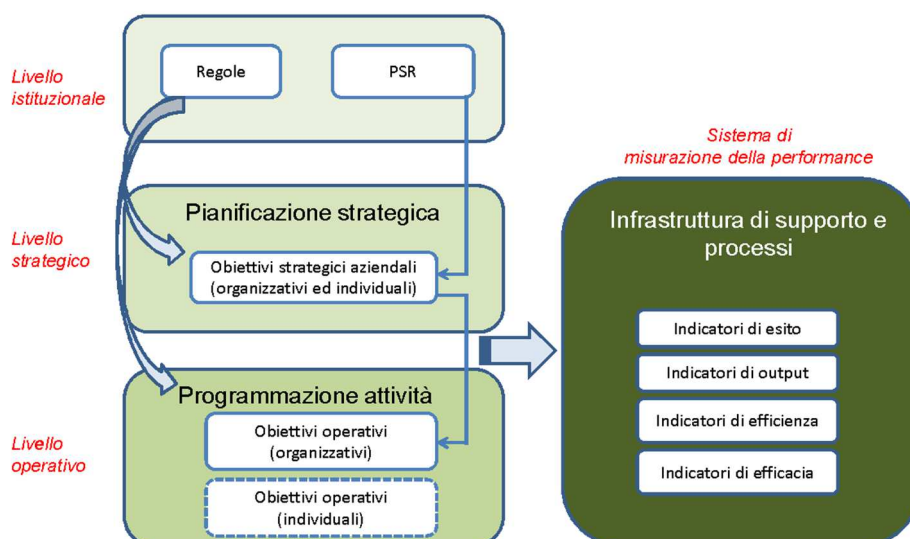
- livello istituzionale: PSR Lazio, Piani Operativi e Obiettivi del D.G.;
- livello aziendale: 1) strategico di pianificazione propria dell’Azienda in coerenza con gli indirizzi regionali; 2) operativo di definizione degli obiettivi, nonché individuazione di indicatori collegati alle strategie.

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 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.

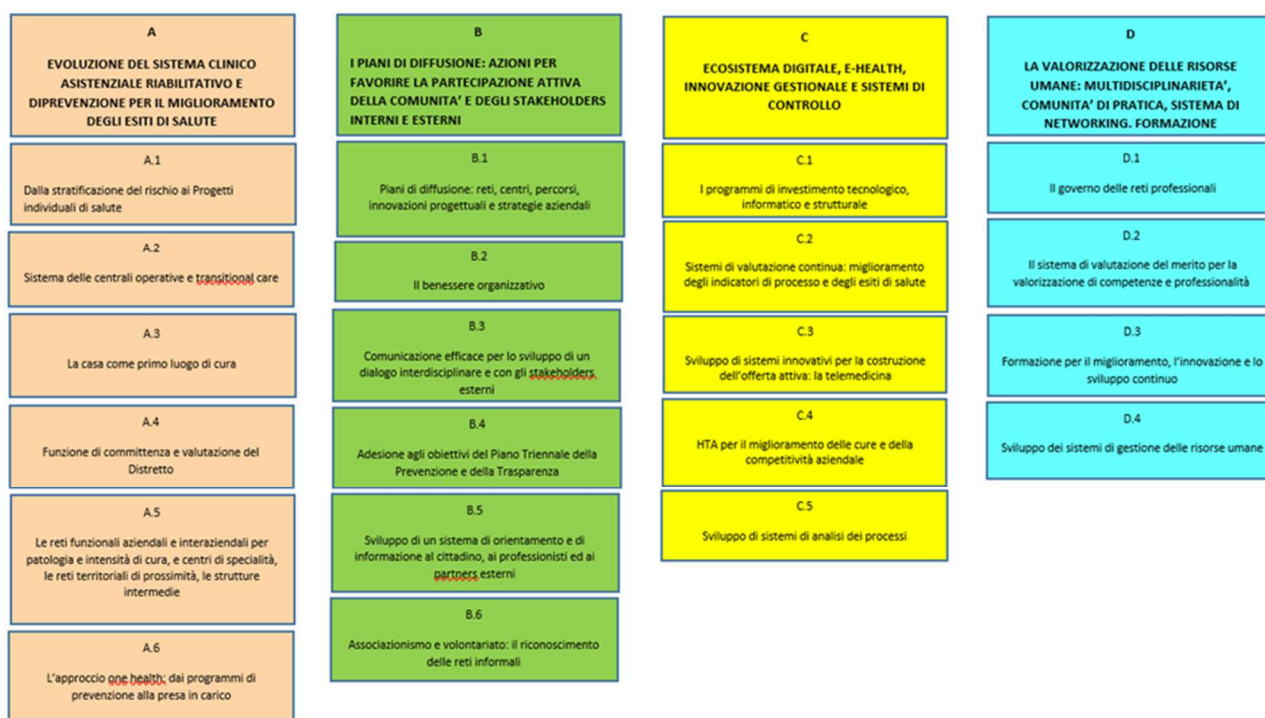
3.2 La misurazione e valutazione della performance individuale

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.

4. 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”, del contesto normativo di riferimento, nonché della fase emergenziale correlata alla pandemia SARS-COV-2, confermano l'identificazione di quattro macro aree sulle quali improntare l'azione strategica di cambiamento. Tra di loro sono ovviamente interconnesse e la schematizzazione aiuta ad identificare meglio le azioni conseguenti e la coerenza con gli interventi e le azioni regionali:



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

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

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

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

5. Il Piano della comunicazione

Il Piano della Comunicazione, approvato con deliberazione del C.S. n. 1009 del 29/11/2013, è lo strumento per mettere in relazione gli attori, i messaggi, i prodotti, i canali e i media utilizzati in una logica di efficienza ed efficacia. Consente di definire in modo chiaro (e misurabile) obiettivi, *target* e strumenti di un messaggio e di coordinare con maggiore efficacia le risorse umane, strumentali ed economiche a disposizione, rendendoli noti e valorizzando le scelte, i tempi di attuazione e le modalità di verifica delle proprie iniziative di comunicazione.

6. 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. n. 150/2009.

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

7.1 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 deve utilizzato lo strumento dei Progetti Individuali di Salute, che attraverso un sistema “modulare”, consente interventi mirato e personalizzato anche tenendo conto del contesto sociale in cui è inserita la persona.

OBIETTIVO STRATEGICO A2

Sistema delle centrali operative e transitional care

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

OBIETTIVO STRATEGICO A3

La casa come primo luogo di cura

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

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

OBIETTIVO STRATEGICO A4

Funzione di committenza e valutazione del Distretto

Il modello organizzativo adottato vede la separazione tra il governo della domanda e il governo dell'offerta; i tre Distretti presenti nella ASL di Viterbo svolgono funzioni di valutazione del bisogno, committenza e verifica dei risultati raggiunti. A tal fine sono destinatari di budget economico che

negozano 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** (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.

7.2 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 2022 continuerà la partecipazione al Progetto di Ricerca-Azione della FIASO-IEN per la "Valorizzazione dei Professionisti della Sanità nell'Emergenza Covid" proprio per riconoscere l'attenzione al Benessere Organizzativo in corso di pandemia, già attivato nel 2021.

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. Il piano della anticorruzione e della trasparenza saranno le linee guida delle azioni che verranno intraprese.

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*".

7.3 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.

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.

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

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

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

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

OBIETTIVO STRATEGICO D1

Il governo delle reti professionali e le comunità di pratica

Gli obiettivi contenuti in questa sezione sono finalizzati a rendere conto delle attività dei Tavoli Tecnici, le nostre comunità di pratica. I Tavoli hanno individuato e condiviso con la Direzione Strategica gli obiettivi di sviluppo delle attività per il 2022, di cui allegato C del Piano Strategico.

OBIETTIVO STRATEGICO D2

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

Il sistema di networking aziendale è improntato sulla matrice delle responsabilità nell'ambito dell'organizzazione aziendale, anche al fine governare e gestire le reti per patologia e i centri, le centrali operative, i percorsi assistenziali, attraverso una modalità di responsabilizzazione diffusa, graduata in base ai livelli di complessità e coerente con l'intero disegno organizzativo aziendale.

L'intero sistema di networking aziendale è misurabile attraverso appositi indicatori che rapportano le attività prodotte dai singoli professionisti con gli obiettivi delle reti, dei percorsi e quelli assegnati ai Centri di Responsabilità con i budget operativi annuali.

OBIETTIVO STRATEGICO D3

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

Questa sezione vuole promuovere le azioni finalizzate alla realizzazione del Piano Formativo Annuale, in coerenza con le strategie definite nei documenti di programmazione aziendale e ad assolvere agli obblighi formativi dei professionisti e degli operatori.

OBIETTIVO STRATEGICO D4

Sviluppo di sistemi di gestione delle risorse umane

L'imminente completamento dell'Ospedale di Belcolle, nonché la 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.

8.1. Pianificazione operativa 2022-2024

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 indicatori per la misurazione e la valutazione della performance aziendale.

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

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

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

Relativamente all'anno 2022 si procederà alla specifica attribuzione degli obiettivi e degli indicatori a tutte le Unità Operative Complesse ed alle Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale dell'Azienda, attraverso lo strumento dei Budget Operativi Annuali. Per le successive annualità si procederà secondo le modalità che saranno individuate nel ciclo della performance.

I budget operativi annuali costituiscono strumenti di gestione e valutazione specifici 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.

8.2. Monitoraggio del Piano

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

L'aggiornamento del Piano sarà effettuato su base annuale o al verificarsi di novità normative o al sopraggiungere di eventi inattesi che richiedano modifiche imprescindibili al documento.

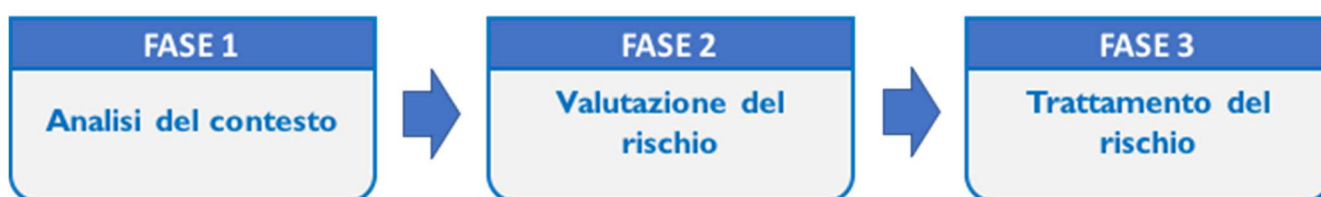
RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

RISCHI CORRUTTIVI

I GESTIONE DEL RISCHIO

I.1 INQUADRAMENTO

La gestione del rischio contenuta nel PTPCT, approvato con deliberazione n. 768 del 29 aprile 2022, coerentemente con le indicazioni diramate dall'A.N.AC. e in continuità rispetto all'attività sinora svolta dall'Azienda, ha ripercorso - in un'ottica di aggiornamento - le fasi di seguito riepilogate.



I.2 I “PRINCIPI GUIDA” DELLA GESTIONE DEL RISCHIO

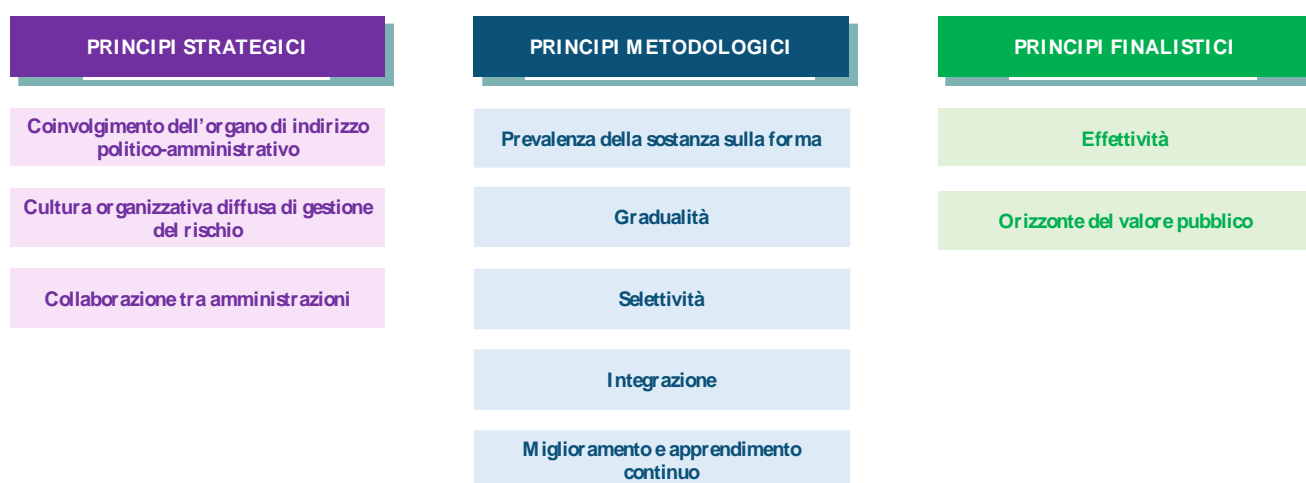
Si confermano i principi fondamentali che governano la gestione del rischio, conformemente a quanto previsto dal PNA (cfr. allegato 6 al PNA 2013 e la Determinazione A.N.AC. n. 12/2015), come ricavati dai Principi e dalle linee guida UNI ISO 31000:2010, i quali rappresentano l'adozione nazionale, in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

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

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

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

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



ANALISI DEL CONTESTO

La prima fase del processo di gestione del rischio attiene all'analisi del contesto, attraverso cui è possibile ottenere le informazioni necessarie a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'Azienda, anche in relazione alle variabili proprie del *contesto territoriale* in cui essa opera.

A tal proposito, la Determinazione A.N.AC. n. 12/2015 richiede di analizzare:

- il **contesto esterno**, relativo alle caratteristiche dell'ambiente nel quale l'Azienda opera, con riferimento a variabili culturali, criminologiche, sociali ed economiche del territorio. In tal

senso, vanno considerati sia i fattori legati al territorio di riferimento, sia le relazioni e le possibili influenze esistenti con i portatori e i rappresentanti di interessi esterni, al fine di comprendere le dinamiche territoriali di riferimento e le principali influenze e pressioni a cui una struttura è sottoposta, per poter indirizzare con maggiore efficacia e precisione la strategia di gestione del rischio;

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

a) Analisi del contesto esterno

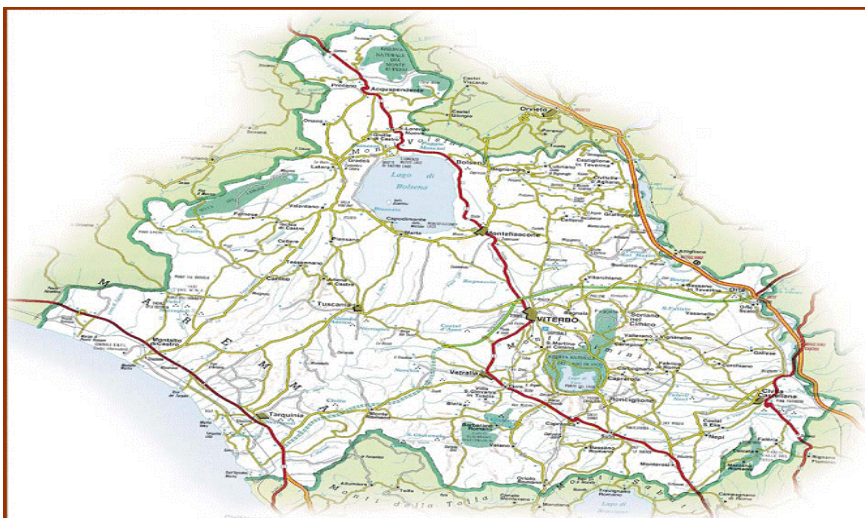
In attuazione di quanto sopra, nella prima fase “*Analisi del contesto*”, si è proceduto alla disamina delle principali variabili relative al territorio in cui opera l'Azienda, anche al fine di individuare eventuali rischi “*esterni*” che potrebbero impattare negativamente sull'organizzazione e/o sulle attività aziendali.

Riferimenti territoriali

La Provincia di Viterbo, la più settentrionale delle Province del Lazio, rientra in quella vasta area denominata Tuscia Laziale che si estende a Nord di Roma tra il fiume Tevere e il Mar Tirreno. Con una superficie di 3612 km², essa è delimitata a Nord dalla Toscana (province di Grosseto e Siena), alla quale storicamente si collega in quanto sede di alcuni tra i maggiori centri della civiltà etrusca, ma dalla quale si distingue per il paesaggio naturale prevalente, determinato dall'origine vulcanica dei substrati. L'Umbria (in particolare il territorio provinciale di Terni) con la valle del fiume Tevere la delimita invece ad Est, mentre a Sud è lambita dalla regione sabatina e dai contrafforti settentrionali dell'acrocoro tolfaiano, importante comprensorio della Tuscia che ricade però in massima parte nella provincia di Roma.

Il Viterbese, ma più in generale la Tuscia Laziale, si sviluppa in massima parte su un territorio edificato dall'attività esplosiva di tre importanti complessi vulcanici: quello vulsino, dominato dalla vasta depressione lacustre di Bolsena, quello vicano, con il lago di Vico in posizione centrale, e quello cimino subito a Sud-Est di Viterbo. I terreni vulcanici ricoprono i più antichi terreni di origine sedimentaria che affiorano o emergono dalla copertura vulcanica in maniera sempre piuttosto esigua. L'insieme di questi modesti rilievi, abbastanza regolarmente allineati tra la fascia subappenninica e il mare e diretta prosecuzione di quelli più settentrionali dell'Antiappennino toscano, fanno parte dell'Antiappennino tirrenico che a Sud di Roma si estende ai colli Albani e ai monti Lepini, Ausoni e Aurunci. La viabilità nella provincia di Viterbo, come conseguenza delle caratteristiche orografiche e della bassa densità di popolazione nonché per l'assenza di importanti investimenti in questo

settore, è complessa e centripeta rispetto al capoluogo. Conseguentemente ci sono maggiori difficoltà nel collegamento di due comuni vicini, rispetto al collegamento tra un comune anche se periferico rispetto al territorio provinciale, alla Città di Viterbo e a Roma. La mobilità per Roma avviene nell'80% su gomma, in quanto la rete ferroviaria non offre un servizio adeguato alle esigenze dei cittadini; nonostante la presenza di una rete ferroviaria capillare sul



territorio della provincia, questa è poco utilizzata anche per le difficoltà di collegamento esterno alla provincia stessa. Dal punto di vista viario (vedi mappa) le principali reti sono costituite dalla statale Aurelia che costeggia la costa, e l'autostrada A1 che costeggia i confini con la provincia di Terni, l'unica strada alternativa valida è rappresentata dalla Cassia e dalla incompleta superstrada Civitavecchia-Orte che collega orizzontalmente la parte ovest alla parte est della Provincia. In sostanza il sistema della mobilità fa sì che si possa sostanzialmente distinguere una zona centrale intorno a Viterbo con i suoi comuni limitrofi entro un raggio di circa 30 km e una zona limitrofa che ha più vantaggio a spostarsi sulle direttrici principali (Autostrada ed Aurelia) verso Roma, Toscana e Umbria. I dati evidenziano come la provincia di Viterbo sia sostanzialmente fuori dai grandi flussi viari di collegamento.

La densità di popolazione della provincia del Lazio.

L'Azienda Sanitaria Locale di Viterbo coincide con il territorio della Provincia di Viterbo; confina a nord con la Toscana, ad ovest con il Mare Mediterraneo, ad est con l'Umbria (ASL di Terni) e la Provincia di Rieti (ASL Rieti), a sud con la Provincia di Roma (ASL Roma 4) ed il Comune di Roma (ASL Roma 1).

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

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

È stato rilevato un forte squilibrio tra l'area della provincia di Roma e il resto delle province: - i tre quarti della popolazione vivono in provincia di Roma, che ricopre il 31,1% del territorio e presenta

il valore più alto di densità (789 abitanti per km² contro 332,5 in media nella regione); - all'opposto, le province di Viterbo e Rieti, che insieme coprono il 37% della superficie regionale, hanno i più bassi livelli di densità di popolazione, 85,4 e 55 abitanti per km².

Con 21.863 residenti in meno rispetto al 2019 (-0,5%), la provincia di Roma assorbe l'86,4% del calo demografico della regione. Anche nella provincia di Frosinone si è registrato il decremento più consistente in termini relativi (-1%, equivalente a quasi 5 mila persone), seguita da Rieti (-0,8%, - 1.162 residenti). Solo in provincia di Latina si rileva un incremento della popolazione (+0,6%, +3.632). La densità abitativa d'insieme della Provincia di Viterbo è bassa, circa 85 abitanti per kmq contro i 196 relativi alla media nazionale.

DATI DEMOGRAFICI (ANNO 2020) PROVINCIA DI VITERBO

Popolazione 308.830

Famiglie 142.668

Maschi 49,0 %

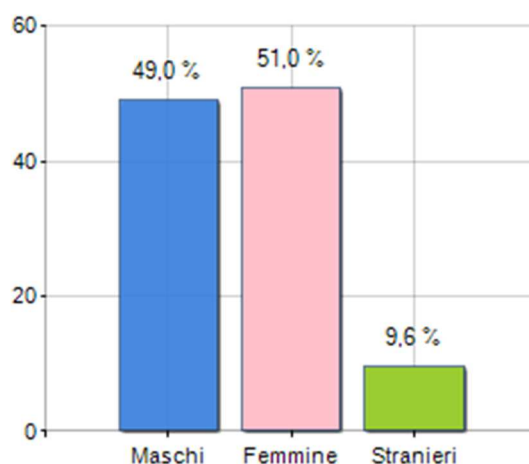
Femmine 51,0 %

Stranieri 9,6 %

Età Media (Anni) 46,6

Variazione % Media Annuale
(2015/2020) **-0,73**

Famiglie: fonte UrbiStat; altri dati: fonte Istat

POPOLAZIONE SUDDIVISA IN MASCHI, FEMMINE E STRANIERI (ANNO 2020)**Struttura della popolazione in base all'età**

L'analisi della struttura della popolazione è funzionale a consentire all'ASL di organizzare la propria strategia di erogazione dei propri servizi in maniera efficace e coerente con i bisogni di salute.

La Piramide delle Età, ossia la distribuzione della popolazione residente in provincia di Viterbo per fasce d'età, al 1° gennaio 2020 evidenzia una maggiore prevalenza di popolazione tra i 45 e i 59 anni. Il 24% della popolazione ha più di 64 anni.

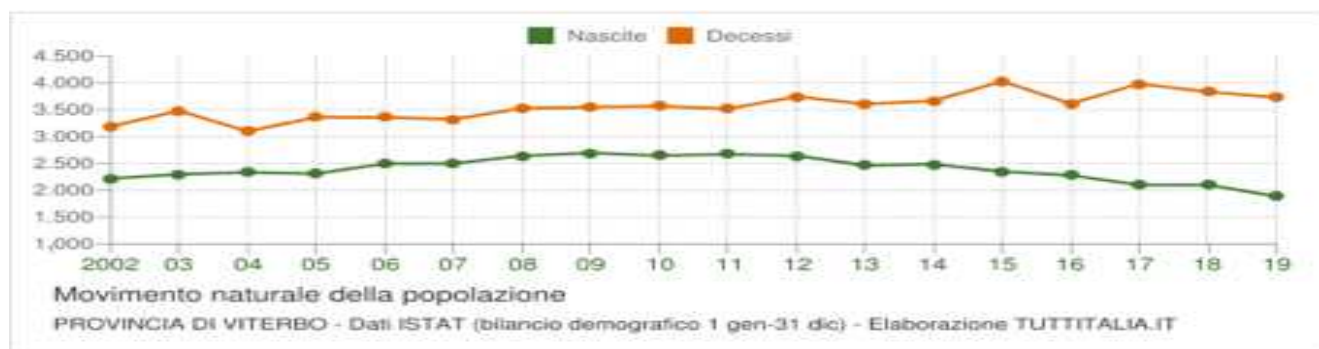
Negli ultimi 7 anni si nota: - una progressiva riduzione della quota di popolazione 0-14 anni (il trend ha inizio dal 2013); - una progressiva riduzione della popolazione 15-64 anni (tale trend ha inizio dal 2014); - un progressivo aumento della percentuale di persone con un'età di 65 anni e oltre (il trend parte dal 2009).

Saldo naturale nascite / decessi

L'area della Provincia di Viterbo mostrava alcune difficoltà già prima dello scoppio della pandemia (2020) riscontrabili in un tasso di natalità basso (5,8 i nati ogni mille abitanti contro una media nazionale di 6,8) a fronte di una mortalità elevata (12,9 i morti ogni mille abitanti contro i 12,6 in Italia).

Il saldo naturale, definito come differenza tra nascite (1.885 unità/anno) e decessi (3.728 unità/anno), è rappresentato nel grafico che segue ed evidenzia un saldo naturale negativo (-1.843 unità/anno). Dal 2017 al 2019 il numero dei decessi è andato diminuendo, ma è stato seguito da un costante calo delle nascite.

Il numero delle nascite negli anni non ha mai compensato il numero dei decessi; quest'ultimo, infatti, risulta notevolmente superiore.



Indice di vecchiaia

L'indice di vecchiaia rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero delle persone con più di 65 anni e il numero dei bambini fino ai 14 anni.

La Provincia di Viterbo ha un indice di vecchiaia più alto rispetto la media regionale.

Tale trend risulta ancora più evidente se si osserva il genere femminile (grafici in basso).

Dati sui giovani

La fascia d'età più numerosa, al di sotto dei 18 anni, risulta essere quella dei 12 anni, di cui la parte maschile ne rappresenta la maggioranza con 29.237 ragazzi.

Tasso di disoccupazione per età (15-65) anni

Per quanto riguarda il mercato del lavoro, nell'anno 2019, prima della pandemia, era diminuito contemporaneamente sia il numero degli occupati (-1,8%), che quello dei disoccupati (-18,6%), con un tasso di disoccupazione che si attestava all'10% un dato identico a quello osservato a livello nazionale. La diminuzione di entrambe queste componenti prefigurava un mercato del lavoro asfittico che non generava domanda di lavoro, al punto tale da scoraggiarne perfino la ricerca. Le differenze per genere rimanevano sostenute: 64,4% tasso di occupazione maschile contro 45% di quello femminile.

L'ultimo rapporto sul benessere fornito dall'ISTAT mostra che nel 2020 a Viterbo, solo il 24,8% dei ragazzi compresi in fascia d'età 18-24 anni ha un lavoro. La situazione è migliore a Frosinone con il 25,8%, a Latina con il 27,4%, a Rieti con il 28,3% e a Roma, che con il suo 32,8% supera la media nazionale ferma al 29,7%. Lo studio è stato pubblicato il 7 settembre 2021, ed è stato effettuato su tutte le 107 province italiane e sulle città metropolitane.

Un dato già di per sé preoccupante, che diviene allarmante se si pensa alla differenza di genere nella Tuscia. Ebbene sì, perché nella provincia, ancora oggi, il gap tra i giovani uomini lavoratori e le giovani donne risulta importante, attestandosi, rispettivamente, al 31,5% dei primi e al 17,8% delle seconde. Da sottolineare poi che entrambi questi valori sono in calo rispetto al 2019, con il 32,9% e il 18,7%.

Il nuovo assetto del mercato del lavoro

Nella recente statistica Istat rientrano i contratti a tempo indeterminato, ma anche quelli annuali, stagionali, e tutte quelle categorie di lavoratori che rappresentano il nuovo mercato salariale. È indubbio, infatti, che l'odierna società si presenti con nuovi assetti e nuovi modelli di business nel mercato del lavoro. Gli effetti nella poca presa di coscienza di moderni assetti sono evidenti soprattutto nell'incapacità – e nell'impossibilità – per i giovani, di creare ricchezza, così come nella fuga dalla provincia che li interessa sempre più; in molti casi, si scappa anche dalla stessa nazione.

Differenze di genere

Sempre l'ultimo rapporto dell'Istituto nazionale di statistica mette in risalto i dati sulla differenza nell'occupazione generale: una crescita per gli uomini dal 2019 al 2020, che hanno visto l'incremento della percentuale di occupati a vario titolo dal 69,2% al 71,8%. Le donne, invece, nella stessa fascia

d'età 20-64, si mostrano in decrescita dal 48,3 al 48%. Insomma, un salto importante, allo stesso tempo aggravato e spiegato a fronte, anche, di salari decisamente differenti. Un uomo, dipendente, percepisce un reddito medio di 19.932 euro, una donna di 12.636.

Anche se, in tema di divario di genere, i dati più preoccupanti del Lazio riguardano la Ciociaria. In questa zona, infatti, nella fascia d'età compresa tra i 20 e i 64 anni, il numero medio degli occupati si attesta al 54,3% degli abitanti. Ma l'occupazione femminile, specie se paragonata ad altre realtà regionali, mostra segni d'allarme. Nella provincia di Frosinone, infatti, solo il 39,1% delle donne nella stessa fascia d'età risulta occupata – mentre nella Regione, la media d'occupazione femminile, si attesta al 55,8%. Le donne con occupazione della Ciociaria, poi, aumentano rispetto al 2019 (38,4%) ma scendono rispetto al passato (41% nel 2015).

Indicatori economici relativi alla ricchezza della popolazione della provincia di Viterbo

Dallo studio di Intesa Sanpaolo (Focus territorio novembre 2021 - Direzione Studi e Ricerche 4), basato su dati ISTAT, ulteriori elementi utili per la descrizione della provincia di Viterbo e il posizionamento nel contesto regionale e nazionale riguardano gli aspetti legati al **grado di istruzione e al benessere economico** sintetizzati nell'importo medio annuo pro-capite dei redditi pensionistici e la retribuzione media annua dei lavoratori dipendenti. Dal punto di vista della **formazione e dell'istruzione** la provincia presenta un profilo più arretrato rispetto al resto della regione soprattutto in termini di persone con almeno il diploma (tra i 25 e i 64 anni sono il 64% a Viterbo rispetto al 70% del Lazio) e anche in termini di laureati (la percentuale di laureati nella popolazione tra 25 e 39 anni è pari a circa 1 su quattro per Viterbo, mentre per il Lazio è pari a 1 su tre). Dal punto di vista dell'offerta formativa post diploma la provincia può contare sull'Università degli studi della Tuscia (circa 8 mila iscritti nell'anno accademico 2020-21), oltre a due ITS che offrono percorsi sull'agro-alimentare e per i servizi alle imprese. Il ritardo sul grado di istruzione è accompagnato da un divario anche in termini di benessere economico con retribuzioni e pensioni al di sotto della media regionale e nazionale.

In termini di imprese, il territorio ha un'incidenza sul sistema paese dello 0,6%: gli occupati sono circa 95 mila e le imprese attive poco più di 33 mila. Circa il 12% degli occupati lavora nel settore dell'Agricoltura con un'incidenza doppia rispetto alla media nazionale. Il tasso di disoccupazione si attesta all'8,9%, dato leggermente migliore rispetto alla media nazionale, pari al 9,3%. La suddivisione degli addetti delle unità locali per classi dimensionali mostra un netto sbilanciamento verso le imprese di piccole dimensioni (67% sotto i 10 addetti e 20% tra i 10 e i 49 addetti); le medie imprese (50-249 addetti) rappresentano in termini di addetti il 12% del totale, le imprese oltre i 250 solo lo 0,4% con un divario di oltre 10 punti rispetto al dato italiano.

La vocazione industriale del territorio è contenuta: il peso del valore aggiunto dell'industria è pari al 14,8%, di gran lunga inferiore alla media nazionale (23,8%) e in linea con quella della regione Lazio (13,6%) che mostra una forte vocazione ai servizi del capoluogo. I settori manifatturieri di specializzazione sono: Agro-alimentare e Ceramica (distretto della Ceramica di Civita Castellana). Il viterbese è la provincia laziale con valore di export più contenuto: nel 2019 (anno pre-pandemia) ha generato flussi di export per 380 milioni di euro, l'1,4% di tutte le esportazioni laziali, capace comunque di generare un surplus commerciale di oltre 81 milioni di euro, secondo solo alla provincia di Latina; il Lazio chiude il 2019 in disavanzo per oltre 10 miliardi di euro.

Per quanto riguarda l'agricoltura, il peso sul valore aggiunto è pari all'8,2%, nettamente superiore alla media laziale (1,2%) e a quella italiana (2,2%); le imprese agricole viterbesi rappresentano il 36% del totale provinciale e circa il 28% delle aziende agricole regionali. Il buon posizionamento qualitativo della provincia nel settore è confermato dalla diffusione delle certificazioni sui prodotti: con un totale di 18 alimenti e vini certificati DOP IGP, a cui si aggiungono le 3 STGI e le 2 Bevande Spiritis IG nazionali, la provincia raggiunge un totale di 23 Indicazioni Geografiche. Il Lazio ne ha in totale 69 e si attesta al settimo posto tra le regioni italiane per prodotti DOP IGP STG.

Il settore turistico può rivestire un ruolo importante nella ripresa del territorio, grazie anche a una progressiva rivalutazione da parte dei turisti italiani. Nel 2019 le presenze complessive sono state pari a 1,2 milioni, di cui il 79% di turisti nazionali (rispetto al 49% della media italiana). Complessivamente il calo nel corso del 2020 è stato più severo per il dato di Viterbo che ha subito una contrazione nelle presenze del -54%, frutto del -74,7% nelle presenze straniere e del -48,3% delle presenze italiane.

La maggior propensione verso un turismo locale può diventare un punto di forza in un contesto in cui sono ancora presenti delle importanti limitazioni agli spostamenti (flussi di turisti laziali e soprattutto toscani).

La crisi pandemica ha colpito meno duramente l'economia del viterbese proprio per la forte presenza di alcuni settori meno sensibili al calo dei consumi e dell'export, come l'Agricoltura e l'Alimentare. Nel 2020 le esportazioni viterbesi hanno mostrato solo una lieve contrazione.

A livello settoriale, si registra un'ottima performance del comparto Alimentare (+7,5%); buono l'andamento anche del settore Gomma e plastica (+1,7%); sostanziale tenuta invece della Meccanica, dei Mobili e dell'Agricoltura. Cali più marcati, infine, per Prodotti e materiali da costruzioni (-8,2%, nel dettaglio la Ceramica di Civita Castellana -7,3%) e Abbigliamento (-5%).

Popolazione con cittadinanza straniera

La popolazione con cittadinanza straniera residente nella provincia di Viterbo è progressivamente cresciuta negli ultimi 10 anni; al 31 gennaio 2019 gli stranieri risultano essere 32.307; la popolazione immigrata, che risulta essere in aumento rispetto al periodo precedente, è di fatto diventata una componente strutturale nel territorio con una maggiore presenza femminile (16.603 donne contro 15.704 uomini). La composizione della popolazione straniera evidenzia però caratteristiche inverse a quelle degli abitanti nativi nel viterbese; essa descrive una popolazione più giovane soprattutto in età riproduttiva determinando conseguenze sui bisogni e sulla domanda di servizi sanitari.

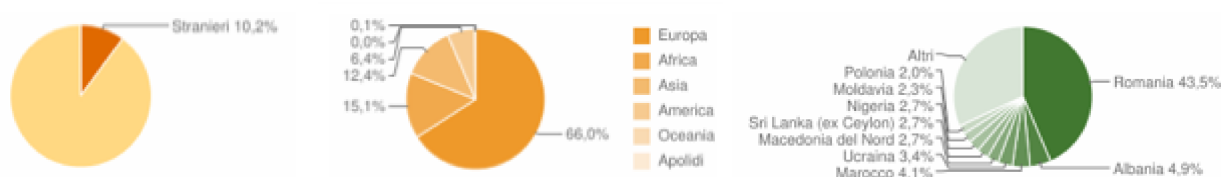


Distribuzione per area geografica della popolazione con cittadinanza straniera

Il grafico in basso a sinistra indica la percentuale degli stranieri residenti nella provincia di Viterbo, quello centrale il dettaglio dei continenti di origine.

Il grafico in basso a destra, invece, mostra lo stato di provenienza dei cittadini stranieri.

La comunità straniera rappresenta il 10,2% della popolazione. Il principale continente di origine è l'Europa (66%). Nel dettaglio, i maggiori paesi di provenienza sono la Romania con il 43,5% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'Albania (4,9%) e dal Marocco (4,1%).



Distribuzione per area geografica di cittadinanza. Fonte: Dati ISTAT 31 Gennaio 2019 - TUTTITALIA.IT

Le numerose nazionalità degli immigrati nella Provincia di Viterbo indicano l'esistenza di differenze religiose che si manifestano nelle diverse situazioni: nelle **corsie d'ospedale**, nelle scuole, **nei servizi sociali e sanitari territoriali**; in ogni caso il pluralismo religioso, come anche la **crescita dei parti da donne con cittadinanza diversa da quella italiana**, sono ad oggi dati acquisiti utili a programmare in maniera idonea l'accoglienza, l'integrazione e la **sostenibilità delle cure**.

Bisogni di salute

In merito ai bisogni di salute relativi al territorio di operatività dell'ASL si rinvia a quanto dettagliato nell'ambito del Piano Strategico 2021 – 2023 dell'ASL e nel Piano territoriale di recente adozione con delibera del DG n. delibera n. 572 del 07.04.2022.

Dati criminologici

L'analisi del contesto esterno, in linea con quanto evidenziato da ANAC nel PNA 2019, ha come obiettivo l'esame delle caratteristiche dell'ambiente nel quale l'Ente opera anche con riferimento alle cd. variabili criminologiche che possano impattare, in termini di rischio di fenomeni corruttivi, sull'Ente medesimo (cd. "rischi esterni").

Ai fini dell'analisi del contesto esterno, da un punto di vista criminologico, sono state prese in considerazione la relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia (secondo semestre 2020) e la relazione semestrale della Direzione investigativa antimafia (primo semestre del 2020), che hanno evidenziato tutti i casi riscontrati di indagati legati al mondo delle mafie e traccia un bilancio pesantissimo.

Per quanto riguarda la Provincia di Viterbo è stato riferito che non erano emersi, fino a tempi recenti, segnali riconducibili alla proiezione di organizzazioni criminali di tipo mafioso, rilevando solo una sporadica presenza di pregiudicati di origine calabrese e campana, in quest'ultimo caso dediti prevalentemente a traffici di stupefacenti. Il territorio della Tuscia era, infatti, principalmente caratterizzato dalla presenza di organizzazioni autoctone attive nel narcotraffico, nell'usura, nelle estorsioni e nella commissione di reati di tipo predatorio. La situazione si è però modificata, essendo emersa, su base locale, un'associazione di tipo mafioso a composizione italo-albanese, con importanti collegamenti con membri della 'ndrangheta.

È altresì emerso che i collegamenti con ambienti mafiosi e uomini legati a doppio filo con mafie più o meno tradizionali continuerebbero a scegliere la Tuscia come terra di approdo.

A Viterbo e nella bassa Tuscia, in passato, era stati segnalati:

- tentativi di infiltrazione nel comparto economico di gruppi collegati a famiglie di etnia rom, inclini dedicarsi, nella contermina provincia romana, al riciclaggio di capitali illecitamente accumulati, a condotte fraudolente, al traffico di sostanze stupefacenti, a pratiche estorsive e usuraie, ricettazioni;
- rapine, furti e danneggiamenti per finalità estorsive perpetrati da appartenenti a famiglie di origine sarda;
- furti in pregiudizio di commercianti, truffe e/o frodi informatiche ad opera di compagini delinquenti di origine est-europea e, principalmente, di nazionalità rumena e albanese;

- prostituzione praticata all'interno di abitazioni private, con lo sfruttamento di cittadine sudamericane (cubane, domenicane e brasiliane) o africane (soprattutto nigeriane);
- illeciti nel settore della tutela ambientale, dell'edilizia, delle frodi in agricoltura in relazione all'indebita percezione di contributi di provenienza comunitaria e nazionale;
- contraffazione e pirateria audiovisiva.

Il V Rapporto "Mafie nel Lazio" realizzato dall'Osservatorio per la sicurezza e la legalità della regione Lazio, pubblicato nel 2020, sulla base di documentazione datata, in via preliminare, al 31 gennaio 2020, offre un quadro allarmante fra le Province di Latina, Frosinone e Viterbo del condizionamento della vita pubblica da parte delle organizzazioni criminali, soprattutto di matrice tradizionale, insediati nel sud Pontino da decenni e in qualche forma rigenerati nel nord del Lazio dove il quadro non è ancora così chiaro ma emergono segnali significativi di una presenza mafiosa anche in ambito economico .

Nella Provincia di Viterbo è stato confermato quanto riportato nei precedenti rapporti ovvero che operano organizzazioni mafiose autoctone e riferibili alla 'ndrangheta. L'organizzazione autoctona era caratterizzata da una connotazione multi-etnica, si trattava di associazione di tipo mafioso composta da soggetti italiani e albanesi, con collegamenti con la 'ndrangheta.

Con il prolungamento dell'emergenza dovuta al Covid, *"la tendenza ad infiltrare in modo capillare il tessuto economico e sociale sano"* da parte delle organizzazioni criminali *"si sarebbe ulteriormente evidenziata"*. È quanto afferma la **relazione della D.I.A. al Parlamento relativa al II semestre del 2020** sottolineando che si tratta da parte delle mafie di una *"strategia criminale che, in un periodo di grave crisi, offrirebbe alle organizzazioni l'occasione sia di poter rilevare a buon mercato imprese in difficoltà, sia di accaparrarsi le risorse pubbliche stanziare per fronteggiare l'emergenza sanitaria"*. Una strategia mafiosa che *"si rivelerebbe utile anche per il riciclaggio e per l'infiltrazione nei pubblici appalti"*.

Cosa Nostra, Stidda, Camorra, 'Ndrangheta sono organizzazioni attive capaci di infiltrarsi ovunque grazie alle loro capacità imprenditoriali, dovute agli enormi capitali illeciti accumulati e alla collaborazione di imprenditori e colletti bianchi collusi. Secondo la relazione le organizzazioni ***"potrebbero rivolgere le proprie attenzioni operative verso i fondi" stanziati dal Piano nazionale di ripresa e resilienza*** *"...per assicurare un tempestivo sostegno economico in favore delle categorie più colpite dalle restrizioni rese necessarie dall'emergenza sanitaria"*. Secondo gli analisti della D.I.A. *"le difficoltà incontrate per arginare il diffondersi della pandemia hanno continuato ad imporre limitazioni alla mobilità dei cittadini e allo svolgimento delle attività di importanti comparti produttivi quali quello commerciale, turistico-ricreativo e della ristorazione. Delle difficoltà finanziarie delle imprese potrebbero approfittare le organizzazioni malavitose, per altro sempre più orientate verso una sorta di*

*metamorfosi evolutiva volta a ridurre le strategie cruente per concentrarsi progressivamente sulla **silente infiltrazione del sistema imprenditoriale***". Dalle mascherine ai farmaci contraffatti, la criminalità organizzata italiana all'estero cerca nuovi spazi di affari 'offerta' dall'emergenza pandemica mentre per il suo business più tradizionale, il narcotraffico, si aggiorna all'utilizzo delle tecnologie e del 'dark web'.

Il 18 ottobre 2017 è stato firmato il "**Patto Lazio Sicuro**" tra il Presidente della Regione Lazio e i cinque Prefetti laziali.

Il Patto prevede un'azione sinergica tra più livelli istituzionali per dar vita ad azioni efficaci per la riqualificazione del tessuto urbano, del recupero del degrado ambientale e del disagio sociale e in particolare della prevenzione e del contrasto della criminalità comune ed organizzata.

Tale accordo prevede, altresì, lo stanziamento di risorse al fine di potenziare gli strumenti di contrasto alla criminalità, favorendo i poteri di coordinamento dei Prefetti e dotando le forze di polizia di nuovi mezzi e strumentazioni più adeguate. In particolare a Viterbo, tale somma è stata destinata a riqualificare uffici, acquistare mezzi auto e moto, rafforzare i sistemi di video sorveglianza e collegare le sale operative.

Interlocutori del contesto esterno, rischi e misure a contrasto

A fronte di quanto esaminato in merito al contesto esterno dell'Azienda, si riportano a seguire i principali interlocutori dell'Azienda:

- i pazienti, quali principali e prioritari destinatari delle prestazioni rese;
- enti locali del territorio (Comuni, Province, Prefettura), con cui l'Azienda si rapporta in più ambiti e modalità;
- ulteriori Amministrazioni (es. Regione Lazio, Ministero della Salute, etc.) ed Enti istituzionali (es. Autorità di Vigilanza, es. ANAC);
- enti e imprese con i quali l'Azienda si rapporta principalmente in termini contrattuali (appaltatori) o convenzionali;
- associazioni ed enti collettivi;
- più genericamente, i cittadini, in occasione di richieste di prestazioni, ovvero reclami per disservizi.

Tanto premesso, si riporta a seguire una rappresentazione di sintesi dei principali rischi esterni evidenziati e delle azioni di contrasto che l'Azienda intende attuare a garanzia del corretto svolgimento dei processi interni core (principali) e strumentali.

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

b) ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

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

A. CONSISTENZA POSIZIONI DIRIGENZIALI E ORGANIZZATIVE

Con riferimento alla struttura organizzativa nella tabella si riporta la consistenza delle posizioni dirigenziali e delle posizioni organizzative dell'Azienda:

| | |
|---|---|
| DIRIGENZA SANITARIA | FASCIA A N.3 DI CUI UNO VACANTE FASCIA B1 N.2 FASCIA B2 N.5 FASCIA C2 N.25 FASCIA C1 N.19 FASCIA D1 N.19 |
| DIRIGENTI PROFESSIONI SANITARIE | N.2 |
| DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA | N.104 |
| DIRIGENZA AREA FUNZIONI LOCALI | FASCIA A N. 6 FASCIA B2 N.10 DI CUI N.7 VACANTI FASCIA C1 N. 3 FASCIA C2 N.9 |
| DIRETTORI DI DIPARTIMENTO | N.8 |
| INCARICHI EX ART. 22 E INCARICHI AD INTERIM | EX ART. 22 N.13 AD INTERIM N. 9 |
| POSIZIONI ORGANIZZATIVE | N.126 |

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

| | |
|--|--|
| PERSONALE A TEMPO INDETERMINATO/DETERMINATO | |
|--|--|

TOTALE

| | | INDET. | DET. | INDET. % | DET. % | |
|------------------------|-------------------------|-------------|------------|-------------|-----------|------|
| COMPARTO | RUOLO AMMINISTRATIVO | 234 | 1 | 99,57 | 0,43 | 235 |
| COMPARTO | RUOLO PROFESSIONALE | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0 |
| COMPARTO | RUOLO SANITARIO | 1558 | 187 | 89,28 | 10,72 | 1745 |
| COMPARTO | RUOLO TECNICO | 334 | 123 | 73,09 | 26,91 | 457 |
| TOTALE COMPARTO | | 2126 | 311 | | | |

| | | INDET. | DET. | INDET. % | DET. % | |
|-------------------------|----------------------|---------------|-------------|---------------------|-------------------|-----|
| DIRIGENZA MEDICA | RUOLO SANITARIO | 488 | 16 | 96,83 | 3,17 | 504 |
| DIRIGENZA VETERINARIA | RUOLO SANITARIO | 32 | 0 | 100,00 | 0,00 | 32 |
| DIRIGENZA SANITARIA | RUOLO SANITARIO | 83 | 28 | 74,77 | 25,23 | 111 |
| DIRIGENZA PTA | RUOLO PROFESSIONALE | 6 | 0 | 100,00 | 0,00 | 6 |
| DIRIGENZA PTA | RUOLO AMMINISTRATIVO | 10 | 1 | 90,91 | 9,09 | 11 |
| DIRIGENZA PTA | RUOLO TECNICO | 2 | 1 | | | 3 |
| TOTALE DIRIGENZA | | 621 | 46 | | | |

| | |
|------------------------------------|--|
| SITUAZIONE PERSONALE PER GENERE | |
|------------------------------------|--|

| | | F | M | F % | M % | |
|------------------------|----------------------|-------------|------------|--------------|--------------|------|
| COMPARTO | RUOLO AMMINISTRATIVO | 141 | 94 | 60,00 | 40,00 | 235 |
| COMPARTO | RUOLO PROFESSIONALE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| COMPARTO | RUOLO SANITARIO | 1282 | 463 | 73,47 | 26,53 | 1745 |
| COMPARTO | RUOLO TECNICO | 299 | 158 | 65,43 | 34,57 | 457 |
| TOTALE COMPARTO | | 1722 | 715 | | | |

| | | F | M | F % | M % | |
|-------------------------|----------------------|------------|------------|---------------|--------------|-----|
| DIRIGENZA MEDICA | RUOLO SANITARIO | 245 | 259 | 48,61 | 51,39 | 504 |
| DIRIGENZA VETERINARIA | RUOLO SANITARIO | 6 | 26 | 18,75 | 81,25 | 32 |
| DIRIGENZA SANITARIA | RUOLO SANITARIO | 72 | 39 | 64,86 | 35,14 | 111 |
| DIRIGENZA PTA | RUOLO PROFESSIONALE | 6 | 0 | 100,00 | 0,00 | 6 |
| DIRIGENZA PTA | RUOLO AMMINISTRATIVO | 8 | 3 | 72,73 | 27,27 | 11 |
| DIRIGENZA PTA | RUOLO TECNICO | 2 | 1 | 66,67 | 33,33 | 3 |
| TOTALE DIRIGENZA | | 339 | 328 | | | |

Con la mappatura dei processi si individuano e rappresentano le attività dell'Ente al fine di ottenere un perimetro di riferimento per la successiva attività di identificazione e valutazione dei rischi corruttivi e di *maladministration*.

La mappatura conduce all'identificazione di aree che, in considerazione delle attività a queste riconducibili, risultano, in varia misura, esposte a rischi corruttivi.

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

- A) personale;
- B) contratti pubblici;
- C) provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- D) provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.
- E) gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- F) controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- G) incarichi e nomine;
- H) 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**”:

- I) attività libero professionale e liste di attesa;
- J) rapporti contrattuali con privati accreditati;
- K) farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- L) attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

L’A.N.AC. ha, infine, precisato che alle aree di cui sopra, possono aggiungersi ulteriori aree di rischio “**specifiche**”, relative a eventuali caratteristiche tipologiche peculiari degli Enti.

Sulla base di quanto precede, si è proceduto:

- 1) all’esame dell’attuale organizzazione aziendale;
- 2) all’aggiornamento delle aree di rischio, in coerenza con le indicazioni di A.N.AC.;
- 3) all’aggiornamento della mappatura dei processi aziendali.

Si riporta ulteriore dato relativo all’articolazione dell’organizzazione aziendale e dell’erogazione territoriale dei servizi dell’ASL di Viterbo.

B. ARTICOLAZIONE DELL’ASL DI VITERBO SU BASE TERRITORIALE

L’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.

Strutture che offrono prestazioni di ricovero e cura, ospedaliere e territoriali, presenti sul territorio:

| PUBBLICO | | PRIVATO ACCREDITATO | |
|--|------------|---|-------------|
| STRUTTURA | P.L. | STRUTTURA | P.L. |
| PO BELCOLLE (compreso stabilimento di Ronciglione e Montefiascone) | 471 | RSA (Villa Immacolata, Villa Rosa, Villa Serena, Padre Luigi Monti, l’Assunta, Santa Rita, Myosotis, Sorrentino, Giovanni XXIII, Residenza Cimina, Villa Benedetta, San Giuseppe) | 763 |
| P.O. TARQUINIA | 90 | NEUROPSICHIATRIA | 70 |
| P.O. CIVITA CASTELLANA | 86 | RIABILITAZIONE ex art. 26, compresi i trattamenti ambulatoriali (Villa Immacolata, AIRRI, Villa S. Margherita) | 1073 |
| P.O. ACQUAPENDENTE | 40 | HOSPICE (Casa di cura N.S. Teresa, Casa di cura Nepi, Villa Rosa) | 225 |
| | | RIABILITAZIONE RI (Villa Immacolata) | 10 |
| | | RICOVERO IN ACUZIE (N.S.Teresa) | 44 |
| | | LUNGODEGENZA (Villa Immacolata) | 31 |
| | | RICOVERO POST-ACUZIE (Villa Immacolata) | 103 |
| TOTALE | 687 | TOTALE | 2267 |

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 |

C. 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 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 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;
- Le relazioni interne ed esterne;
- La garanzia della sicurezza e prevenzione;
- Il controllo strategico.

L'organizzazione aziendale, al cui vertice si pone il Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario Aziendale.

D. ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

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

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

Con deliberazione del Direttore Generale n. 455 del 15/03/2019, di approvazione del documento “Il sistema di networking aziendale” si è inteso rendere coerente l'organizzazione aziendale alla nuova logica delle responsabilità al fine di governare il sistema delle reti, dei centri, delle centrali operative, dei percorsi assistenziali, attraverso una modalità di responsabilizzazione diffusa, graduata in base ai livelli di complessità e coerente con l'intero disegno organizzativo aziendale di integrazione tra ospedale e territorio.

Viene identificata un'unica Direzione Aziendale sottolineando in tal modo l'unitarietà di indirizzo complessivo del sistema.

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

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

- **Unità Operative Complesse (UOC)**, sistemi organizzativi complessi per la rilevanza quantitativa e strategica delle attività svolte e per l'attribuzione di un budget quali-quantitativo. Le UU.OO.CC. hanno la presenza obbligatoria di un solo responsabile apicale, corrispondono ad uno o più centri di costo e sono dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale. Hanno l'assegnazione di rilevanti dotazioni tecnico strumentali con livelli ottimali di operatività delle risorse disponibili. Le attività di produzione e prestazioni di servizi sanitari richiedono un significativo volume di risorse che equivale, per le attività sanitarie, alle prestazioni caratterizzanti dell'ambito disciplinare;
- **Unità Semplici a valenza dipartimentale (UOSD)** sono dotate anch'esse di responsabilità ed autonomia gestionale finalizzate a massimizzare la peculiarità delle attività cliniche, assistenziali e tecniche in funzione della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate che riguardino, in via prioritaria, metodologie e tecniche di intervento complementari e integrative al funzionamento delle altre Unità Operative del Dipartimento;

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

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

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

L'assetto organizzativo si propone di riequilibrare il rapporto tra cure primarie e secondarie creando una continuità tra Ospedale e Territorio alla ricerca di un governo unitario di tutta la rete allargata di offerta in una visione integrata che viene sostenuta in termini di processo anche attraverso l'individuazione di incarichi specifici di **programmi trasversali** ed integrativi. Con questa logica potranno essere attivati modelli operativi e soluzioni organizzative flessibili quali "Gruppi Operativi Interdisciplinari", "Cantieri aziendali", *task-force*, ecc.

La tensione verso il predetto obiettivo, dopo l'emergenza Covid-19, si è ulteriormente accentuata sino all'adozione del nuovo Piano territoriale che ha previsto la reingegnerizzazione della rete territoriale, garantendo la trasformazione del modello organizzativo ed il passaggio da una medicina "di attesa" ad una medicina "di iniziativa e di opportunità", in una logica proattiva in grado di consentire di erogare le giuste prestazioni:

- nel giusto setting (prossimità e sicurezza);
- nel momento appropriato (timing del follow up, e-health e interventi proattivi);
- dai professionisti con le adeguate competenze (cooperazione funzionale);
 - in un percorso a misura della persona interessata (progetto individuale di salute), tutelandola nei passaggi da un setting di cura all'altro (sistema delle centrali operative) e coinvolgendo la famiglia, gli enti e l'associazionismo.

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

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

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

Tra i modelli operativi l'Azienda aveva già individuato Reti Professionali Cliniche, Percorsi Diagnostico Terapeutici (PDTA) e Centri. Il nuovo modello organizzativo deve realizzare un percorso integrato che parte dalla casa come primo luogo di cura per arrivare alle Case della comunità e agli Ospedali di Comunità, superando la frammentazione dei percorsi di cura sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali. Fondamentali in questa direzione le reti di prossimità, l'implementazione della domiciliarità anche attraverso la digitalizzazione e la telemedicina. Questo sistema di networking è basato sulla valutazione in equipe integrata multidisciplinare e sulla definizione del Progetto individuale di salute (PRIS), sull'appropriatezza erogativa, il bilanciamento nell'utilizzo delle diverse tipologie di risorse (ospedaliero, residenziale, domiciliare, pubblico, privato accreditato).

E. DIPARTIMENTI E UOC DELL'ASL DI VITERBO

Per le Aree / Dipartimenti aziendali e le UOC di rispettiva afferenza si rinvia all'Atto Aziendale adottato con delibera del DG n.2111 del 22/11/2018 e approvato con DCA n. U00501 del 13 dicembre 2018 consultabile sul sito web dell'ASL Viterbo:

<https://www.asl.vt.it/approfondimenti/2008/bollettinouff..pdf> .

F. AREE DI RISCHIO DELL'ASL DI VITERBO

Sulla base dell'analisi del contesto interno organizzativo innanzi effettuata e coerentemente con le considerazioni svolte nelle precedenti programmazioni, nonché alla luce delle più recenti indicazioni e orientamenti forniti da ANAC, sono delineate di seguito le aree di rischio e le relative sottoaree:

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

MAPPATURA DEI PROCESSI: RINVIO

Per la mappatura dei processi di dettaglio si rinvia a quella contenuta nell'**allegato n. 2 – Gestione del rischio**, del quale si riporta un estratto delle informazioni e dati presi in considerazione per ciascun processo:

| ANALISI DEL CONTESTO INTERNO | | | | |
|------------------------------|----------|-----------|---------------------------|--|
| CODICE PROCESSO | PROCESSO | ATTIVITA' | RESPONSABILE DEL PROCESSO | ULTERIORI STRUTTURE/UFFICI O ENTI ESTERNI COINVOLTI NEL PROCESSO |
| | | | | |

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Nell'ambito della Fase 2, sulla base della mappatura dei processi - aggiornata nel corso dei pregressi anni e che si sottoporrà a revisione ad avvenuta approvazione del nuovo atto aziendale - è stata verificata, con il coinvolgimento da parte del RPCT dei Responsabili interessati (Referenti, Dirigenti, PO e ulteriore personale a supposto) sia in sede di monitoraggi semestrali, che in occasione di ulteriori interlocuzioni più informali, la validità della valutazione dei rischi, come svolta nelle precedenti programmazioni.

La valutazione del rischio si articola in 3 sotto fasi:

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

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

In relazione alla fase della ponderazione, nel corso dell’anno 2020, pur nelle difficoltà operative scaturenti dalla emergenza da covid-19, il RPCT *pro tempore*, con il supporto di tutte le Aree, UOC e Dipartimenti dell’ASL, ha progettato e coordinato un percorso volto ad allineare ulteriormente la metodologia di “*analisi del rischio*” sinora utilizzata alle indicazioni diramate dall’Autorità Nazionale Anticorruzione.

Il predetto percorso oggi, su parere dell’attuale RPCT, si intende confermare, in attesa di attivare incontri laboratoriali con tutti i Referenti aziendali per la prevenzione della corruzione e la trasparenza, nello scorcio di anno 2022 o comunque nell’arco del triennio 2022-2024, al fine di una eventuale revisione condivisa dello stesso.

La metodologia adottata per la ponderazione del rischio si è articolata nelle seguenti fasi:

- identificazione dei rischi e dei fattori abilitanti (ossia cause del rischio);
- definizione di n. **9 indicatori per l’analisi del rischio inerente**, tratti in parte dalle esemplificazioni dell’Autorità, in parte da riflessioni interne volte a semplificare l’applicazione della metodologia e a meglio declinarla al contesto dell’ASL Viterbo;

| INDICATORE 1 | INDICATORE 2 | INDICATORE 3 | INDICATORE 4 | INDICATORE 5 | INDICATORE 6 | INDICATORE 7 | INDICATORE 8 | INDICATORE 9 |
|--|--|---|--|--|--|--|--|--|
| IL PROCESSO PRESENTA PROFILI DI DI SCREZIONALITA' | IL PROCESSO HA RI LEVANZA ECONOMICA (DIRETTA O INDIRETTA) | IL PROCESSO NON E' TRACCIABILE (IN TUTTO O IN PARTE) | IL PROCESSO NON E' SOTTOPOSTO A CONTROLLI O I CONTROLLI RISULTANO NON EFFICACI (IN TUTTO O IN PARTE) | IL PROCESSO E' GESTITO ISOLATAMENTE DA UN UNICO SOGGETTO (IN TUTTO O IN PARTE) | IN RELAZIONE AL PROCESSO CONSIDERATO SI REGISTRANO, IN PASSATO, EPI SODI CORRUTTI VI O COMUNQUE DI MALADMINISTRATI ON, ACCERTATI DALLA SOCIETA' (PROCEDIMENTO DISCIPLINARE) O DA AUTORITA' GIUDIZIARIE (TRIBUNALE) | IN RELAZIONE AL PROCESSO CONSIDERATO, IN CASO DI AVVERAMENTO DEL RISCHIO, SI REGISTRANO, IN CAPO A ASL VT, IMPATTI ECONOMICI NEGATIVI | IN RELAZIONE AL PROCESSO CONSIDERATO, IN CASO DI AVVERAMENTO DEL RISCHIO, SI REGISTRANO, IN CAPO A ASL VT, IMPATTI REPUTAZIONALI NEGATIVI | IN RELAZIONE AL PROCESSO CONSIDERATO, IN CASO DI AVVERAMENTO DEL RISCHIO, SI REGISTRANO, IN CAPO A ASL VT, IMPATTI ORGANIZZATIVI NEGATIVI |

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

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

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



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



- definizione del “**valore complessivo del rischio inerente**” quale media ponderale delle valutazioni qualitative rese in relazione ai singoli indicatori, sebbene non in via meccanicistica

siccome ispirata al criterio di “*prudenzialità*” ed aperta possibilità a forme di ponderazioni correttive anche su iniziativa del RPCT;

- valorizzazione non solo dei rischi ma anche della efficacia delle misure di prevenzione (a contenere i primi) in termini di misura “*migliorabile*”, “*adeguata*” e “*molto adeguata*”;

| 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 DI ATTUAZIONE DELLA MISURA ULTERIORE PIANIFICATA |
| | | | | | RATING DI RISCHIOSITÀ RISCHIO RESIDUO | | |

- l'attribuzione del *rating* di rischio in relazione al singolo processo sarà oggetto di specifica valutazione motivazione, meglio articolata nel corso dei laboratori formativi programmati per il 2022.

Detta metodologia - che potrà essere oggetto di eventuale revisione/integrazione all'esito del percorso formativo laboratoriale riprogrammato dal RPCT per l'anno 2022 - prevede che le valutazioni siano rese, con cadenza annuale, dai singoli Responsabili dei processi considerati (c.d. “*risk self assessment*”), ai quali vengono rappresentati gli strumenti di cui si è dotata la ASL per l'esecuzione dell'analisi.

Il RPCT verifica la coerenza e, prima ancora, la correttezza delle valutazioni svolte dai singoli Responsabili intervenendo in caso di incongruità riconoscibili ovvero suggerendo valutazioni maggiormente prudentziali, ove necessario.

Alla luce delle operazioni e step sopra descritti è stato adottato lo schema metodologico per effettuare l'attività di valutazione del rischio, schema confermato nel presente Piano e che costituirà punto di partenza per ogni successivo ulteriore miglioramento o integrazione nel corso del triennio 2022-2024. Gli esiti della ponderazione del rischio sono riportati nell'**allegato 2 – Gestione del rischio**.

TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Nell'ambito della Fase 3 si è proceduto alla disamina e validazione delle misure di prevenzione, *generali e obbligatorie* nonché *specifiche ed ulteriori*, come già presenti nel PTPCT 2021 – 2023, anche ridefinendone i termini e apportando le necessarie integrazioni in relazione alle indicazioni impartite da A.N.A.C. con specifico riferimento al settore sanitario.

Sempre secondo gli indirizzi A.N.A.C., il **trattamento del rischio** è la fase tesa a individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi e tiene conto delle priorità emerse in occasione della precedente sottofase della ponderazione del rischio.

Nella Determinazione n. 12/15, l'A.N.AC. distingue tra “**misure generali**” che si caratterizzano per il fatto di incidere sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione intervenendo in materia trasversale sull'organizzazione e sulla struttura dell'Ente, e “**misure specifiche**”, così denominate per il fatto di incidere su problemi specifici individuati in occasione della fase di valutazione del rischio.

Le misure generali sono quelle già individuate dal P.N.A. 2013 come obbligatorie, in quanto previste direttamente dalla legge o dall'Autorità nazionale anticorruzione. Le misure specifiche, pur non essendo previste dalla legge, sono comunque fortemente raccomandate proprio perché connesse a specifiche criticità di determinati processi dell'Amministrazione.

Nell'ambito dell'attività di revisione e validazione delle misure generali e specifiche programmate nei PTPCT della ASL, adottati negli anni scorsi, si è tenuto conto della congruità delle singole misure e, soprattutto, della loro “sostenibilità amministrativa” nell'ambito delle strutture aziendali destinatarie.

Per ciascuna misura (generale o specifica) è stato indicato, nel PTPCT 2022-2024 e/o nei rispettivi allegati, quanto segue:

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

Come per la precedente programmazione, è ribadita la necessità di recepire le misure individuate dall'A.N.AC. in occasione della Determinazione n. 12/2015 e della Delibera n. 831/2016, con particolare riferimento a quelle rivolte al settore sanitario. Tali misure - secondo quanto emerso dal monitoraggio, in gran parte già operative - sono state racchiuse in apposito allegato, quale *focus* mirato per determinate Aree/UU.OO. aziendali (cfr. **allegato n. 3. – Misure specifiche per determinate Aree di rischio**). Si tratta, in particolare, delle misure specifiche inerenti alle seguenti aree di rischio:

1. 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;
8. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

Tanto premesso, si riportano, a seguire, le misure - generali e specifiche - della ASL di Viterbo, rinviando per un'analisi di dettaglio di quest'ultime, anche nell'**allegato n. 3 – Misure specifiche per determinate Aree di rischio** al presente PIAO.

MISURE GENERALI E OBBLIGATORIE

A Trasparenza - rinvio

Relativamente alla Trasparenza, quale misura di prevenzione obbligatoria, si rinvia alla specifica Sezione “Trasparenza” del presente PIAO.

B. Formazione

Conformemente a quanto richiesto dalla L. n.190/2012 e dal PNA e relativi aggiornamenti, nonché dal Codice di Comportamento aziendale, l'Azienda deve assicurare, con periodicità annuale, adeguati percorsi di formazione:

- di *livello generale*, rivolto a tutti i dipendenti, concernente l'aggiornamento delle competenze (approccio contenutistico) e le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale);
- di *livello specifico*, rivolto al RPCT, ai Referenti, ai Dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio, e concernente 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.

La formazione dell'anno 2021, stante le difficoltà scaturenti della emergenza sanitaria, ha interessato, prioritariamente il RPCT p.t. e la relativa struttura di supporto, nonché i Dirigenti delle diverse UO ed è stata finalizzata a potenziare la strategia di gestione del rischio.

Nel nuovo Piano della formazione adottato con delibera del DG n. n. 393 del 03/03/2022, su input anche del nuovo RPCT, sono stati previsti DIVERSI MODULI FORMATIVI in materia di prevenzione della corruzione fra i quali il corso “Metodologia dell'analisi dei rischi corruttivi in base alle modifiche del PNA 2019 – Revisione”, e l'attuazione di percorsi laboratoriali volti all'eventuale revisione del sistema di gestione del rischio adottata (Area formativa “Amministrativa e anticorruzione”).

→ Progettazione e programmazione della misura

| Misura | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Tempistica di attuazione | Indicatore di monitoraggio | Valori 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, PTPCT, Codice di comportamento, Whistleblowing) | Dirigente responsabile della formazione RPCT (selezione del personale interessato) | Entro dicembre 2022 | Espletamento del percorso formativo | Target: 100% Impatti attesi: Sensibilizzazione del personale sui temi trattati |
| Formazione di livello specifico RPCT | Formazione frontale e/o a distanza, di livello specifico, di taglio teorico, tecnico e pratico | | Entro dicembre 2022 | Attestazione di partecipazione Questionario di gradimento del Corso | Target: 100% Impatti attesi: Professionalizzazione e aggiornamento del RPCT |
| 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, di livello specifico, di taglio teorico, tecnico e pratico finalizzata alla revisione della valutazione del rischio secondo le rinnovate indicazioni di cui all'All. I al P.N.A. 2019 | | Entro dicembre 2022 | Test di apprendimento | Target: 100% Impatti attesi: Professionalizzazione e aggiornamento del personale coinvolto Maggiore padronanza degli strumenti per l'attuazione del PTPCT |

C. Codice di Comportamento aziendale

Il Codice è stato, da ultimo, aggiornato con deliberazione del Direttore Generale n. 804 del 14 aprile 2021, previo parere favorevole dell'OIV aziendale, con l'inserimento, ai sensi della Delibera ANAC n. 215/2019 (adozione delle Linee Guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lett. 1-quater, Dlgs. n.165/2001) di disposizioni specifiche in tema di rotazione straordinaria del personale.

Giova evidenziare che il Codice di comportamento aziendale costituisce misura di prevenzione della corruzione, nonché parte integrante del PTPCT 2022-2024, individua le **specifiche regole di condotta integrative e/o aggiuntive** rispetto a quelle contenute nel D.P.R. 62/2013 e fissa 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.

Il Codice aziendale è immediatamente consultabile nella Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web dell'ASL Viterbo al link di seguito indicato:

https://www.asl.vt.it/Trasparenza/disposizioni_generali/CODICE%20DI%20COMPORAMENTO%20AZIENDALE.%20Delibera%20804%20DEL%2014.04.2021..pdf

L'aggiornamento è stato comunicato a tutti i dipendenti e collaboratori. Copia del Codice viene, altresì, consegnata ad ogni neoassunto che, sottoscrivendo il contratto individuale, attesta di averla ricevuta.

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

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

Il monitoraggio sul rispetto del Codice è rimesso:

- a ciascun Direttore / Dirigente, ognuno per la rispettiva area di competenza;
- all'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD);
- al RPCT, sulla base di quanto periodicamente relazionato dai primi, con la cadenza di seguito precisata.
- Entro il 15 novembre di ogni anno, ciascun Direttore/Dirigente, trasmette al RPCT una scheda riepilogativa degli illeciti disciplinari rilevati in corso d'anno, recante le seguenti informazioni:
 - qualifica del dipendente;
 - breve indicazione dell'oggetto della contestazione;
 - esito del procedimento disciplinare;
 - esito dell'eventuale impugnazione della sanzione.
- Entro il 15 novembre di ogni anno, l'UPD, trasmette al RPCT una scheda riepilogativa degli illeciti disciplinari di competenza rilevati in corso d'anno, recante le medesime informazioni di cui sopra nonché quelle espressamente indicate dal format di relazione annuale del RPCT ai sensi dell'art. 1, co. 14, l. 190/2012, come precisate da quest'ultimo.

Nel corso dell'anno 2022, il RPCT, insieme all'UPD e all'OIV, valuterà l'opportunità di aggiornare ulteriormente il Codice di comportamento aziendale alla luce delle nuove indicazioni fornite da A.N.AC.

Invero le ulteriori Linee Guida, in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche, approvate da ANAC con delibera n. 177 del 19 febbraio 2020, impongono la rilettura del Codice di comportamento aziendale, adottato con delibera n.804/2021, per verificarne la conformità anche ad esse.

| Misura | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Tempistica di attuazione | Indicatore di monitoraggio | Valori attesi |
|-----------------------------------|--|--|--------------------------|--|--|
| Codice di comportamento aziendale | Monitoraggio del Codice | Direttori Dirigenti RPCT | In essere | Report sulle risultanze del monitoraggio | Target: 100% Impatti attesi: Maggiore efficienza nelle attività di controllo sul rispetto del Codice |
| | Flussi informativi verso il RPCT | Direttori Dirigenti UPD | Entro il 15 novembre | Scheda di rendicontazione | |
| | Avvisi al personale | Dirigente U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane | Ad evento | Avviso sul sito | |
| | Aggiornamento del Codice alla luce delle nuove LG A.N.AC. adottate con delibera n.177 del 19.02.2020 o altre successive che saranno adottate nel corso del triennio 2022-2024. | RPCT | Entro dicembre 2022 | Avviso sul sito e comunicazione a tutto il personale | |

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

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

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

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

Pur a fronte di quanto precisato dall'A.N.AC., l'ASL di Viterbo richiede, per finalità di monitoraggio, la dichiarazione di cui all'art. 20 del D.Lgs. n. 39/2013 con riferimento a tutti i Direttori e Dirigenti. Inoltre, in aderenza agli indirizzi diramati con Delibera A.N.AC. n. 833/2016, l'ASL Viterbo ha adottato un *format* per l'acquisizione delle dichiarazioni di cui sopra, che prevede l'elencazione di

tutti gli incarichi ricoperti dal soggetto che si intende nominare, nonché delle eventuali condanne subite per i reati commessi contro la Pubblica Amministrazione.

Nel corso del 2022, quale riprogrammazione di misure già previste, si procederà a:

- verifica della necessità di modifica o integrazione del modulo per la raccolta delle dichiarazioni;
- stesura di una procedura che definisca le modalità e la frequenza dei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese.

→ Progettazione e programmazione della misura

| Misura | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Tempistica di attuazione | Indicatore di monitoraggio | Valori attesi |
|---|--|---|---|--|--|
| Inconferibilità e Incompatibilità (D.Lgs. 39/2013) | Inserimento delle cause di inconferibilità e incompatibilità negli atti di attribuzione degli incarichi o negli interpellanti per l'attribuzione degli stessi | U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane U.O.C. Affari generali RPCT | In essere | Adeguamento degli atti di conferimento degli incarichi / interpellanti | Target: 100% Impatti attesi: Facilitazione ed efficacia dei controlli Puntualità nella richiesta, raccolta e monitoraggio delle dichiarazioni |
| | Aggiornamento degli schemi standard di dichiarazione di insussistenza delle cause di inconferibilità e incompatibilità, che i soggetti devono rendere all'atto del conferimento dell'incarico e nel corso del rapporto | | | Aggiornamento dello schema di dichiarazione | |
| | Adozione di Procedura che definisca le modalità e la frequenza dei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni | U.O.C. Affari generali RPCT | Entro dicembre 2022 (<i>misura ulteriormente riprogrammata</i>) | Avvenuta adozione della Procedura | |

E. Rotazione del personale

E.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 l. 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 Utente esterna, che possono costituire terreno fertile per l'annidarsi di fenomeni di *maladministration*, di *favoritismi* o di *illeciti scambi*.

In questa sede, come nella precedente programmazione, si manifesta, tuttavia, la consapevolezza della **concreta difficoltà di attuare la misura in esame in ragione della carenza di organico** nella quale versa attualmente l'Azienda, difficoltà ancora maggiore in riferimento al personale che svolge **attività specialistiche e ha acquisito competenze tecniche non facilmente mutuabili**.

Il RPCT, come già fatto in passato, dovrà avviare **Tavoli di lavoro**, con il coinvolgimento della Direzione Strategica, finalizzati a verificare se ed in che termini la rotazione del personale possa essere attuata in via ordinaria e secondo le indicazioni diramate dall'A.N.AC., in occasione della determinazione n. 12/2015 e, soprattutto, della delibera n. 831/2016, nelle singole Strutture aziendali. In esito al confronto con le diverse Strutture, allo stato, l'Azienda non ritiene di poter programmare – quantomeno in via strutturata e sostenibile – la rotazione ordinaria e ciò in ragione della perdurante carenza di organico e forte infungibilità delle competenze.

In ogni caso, occorre evidenziare che nel corso del 2021 vi è stato:

- un fisiologico avvicendamento nella direzione di diverse Strutture aziendali, anche di area sanitaria, a seguito del collocamento in quiescenza del titolare o suo trasferimento;
- l'assunzione, a seguito di pubblico concorso, di nuovi Dirigenti (Contratto collettivo Funzioni Locali) in diverse UOC amministrative;
- di particolare rilievo la nomina di nuovo Direttore Amministrativo a far data da maggio 2021.

Si aggiunga, a compensazione della mancata attuazione della rotazione ordinaria, che molteplici strutture aziendali applicano sistemi di “**segregazione delle funzioni**”, in modo tale da ripartire funzioni e responsabilità tra più dipendenti dell'ASL, onde evitare concentrazioni di potere in capo ad un unico soggetto. In tale direzione, a fine 2021, si sono effettuate alcune sostituzioni nelle funzioni di RUP e DEC di diversi contratti in essere.

E.2 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 intervenuto, 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:

- a) la rotazione straordinaria di cui all'art. 3, comma 1, della L. n. 97/2001 (c.d. trasferimento obbligatorio);
- b) la rotazione straordinaria propria di cui all'art. 16, comma 1, lett. l-quater, del D.Lgs. n. 165/2001.

a) Il trasferimento obbligatorio ex art. 3, co. 1, della Legge 27 marzo 2001, n. 97

L'art. 3, comma 1, della Legge 27 marzo 2001, n. 97, 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 evidenziarsi che i delitti richiamati dalla norma sono una serie di reati molto più ristretta rispetto all'intera gamma di reati previsti dal Codice Penale, Libro secondo “*Dei delitti in particolare*”, Titolo II “*Dei delitti contro la Pubblica Amministrazione*”, trovando quindi applicazione la rotazione straordinaria solo quando al dipendente dell'azienda siano stati contestati i reati di peculato (di cui al comma 1 art. 314 ossia con appropriazione della cosa mobile o del denaro altrui, non nel caso di peculato d'uso), concussione, corruzione per l'esercizio della funzione, corruzione per atto contrario ai doveri di ufficio, corruzione in atti giudiziari, induzione indebita a dare o promettere utilità, corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio (la fattispecie di cui all'art. 3 della L. 1383/1941 non trova applicazione ai dipendenti ASL riguardando personale militare della guardia di finanza).

Il trasferimento è obbligatorio, salva la scelta, lasciata all'amministrazione, “*in relazione alla propria organizzazione*”, tra il “*trasferimento di sede*” e “*l'attribuzione di un incarico differente da quello già svolto dal dipendente, in presenza di evidenti motivi di opportunità circa la permanenza del dipendente nell'ufficio in considerazione del discredito che l'amministrazione stessa può ricevere da tale permanenza*” (art. 3, co. 1, cit.).

Qualora, in ragione della qualifica rivestita, ovvero per obiettivi motivi organizzativi, non sia possibile attuare il trasferimento di ufficio, il dipendente è posto in posizione di aspettativa o di disponibilità, con diritto al trattamento economico in godimento salvo che per gli emolumenti strettamente connessi alle presenze in servizio, in base alle disposizioni dell'ordinamento dell'amministrazione di appartenenza (art. 3, co. 2, cit.).

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

In caso di condanna, per gli stessi reati di cui all'art. 3, co. 1, anche non definitiva, i dipendenti “*sono sospesi dal servizio*” (art. 4). La norma chiarisce poi che la sospensione perde efficacia se per il fatto è successivamente pronunciata sentenza di proscioglimento o di assoluzione, anche non definitiva e, in ogni caso, decorso un periodo di tempo pari a quello di prescrizione del reato (art. 4); in caso

di condanna definitiva alla reclusione per un tempo non inferiore ai due anni per gli stessi delitti, è disposta l'estinzione del rapporto di lavoro o di impiego (art. 5) ai sensi dell'articolo 32-*quinquies* del Codice Penale.

Coerentemente a quanto previsto dalla delibera A.N.AC. sopra riportata, 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 sono misure amministrative, sia pure obbligatorie, a protezione dell'immagine di imparzialità della ASL, diversamente dalla disposta estinzione del rapporto di lavoro, la quale ha carattere di pena accessoria.

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

A prescindere dai flussi informativi tra l'Autorità giudiziaria e la ASL, così come previsto dal Codice di comportamento della ASL, è fatto obbligo, a tutti i dipendenti della ASL medesima, di comunicare l'avvio di un procedimento penale nei loro confronti, sin dal primo atto del procedimento penale 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 Piano, illecito disciplinare per violazione della norma del Codice di comportamento aziendale. La misura del trasferimento obbligatorio si applica nei confronti di tutto il personale dipendente della ASL e, comunque, a tutti coloro che collaborano con l'Ente in forza di un rapporto di lavoro parasubordinato (collaboratori co.co.co, stagisti, tirocinanti, assegnisti di ricerca, laureandi, studenti, etc.).

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

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

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

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

In ragione di quanto precede, il Direttore Generale - ferma restando la piena applicazione della misura del trasferimento obbligatorio di cui al D.Lgs. n.97/2001 - valuterà, acquisita la notizia della avvenuta iscrizione del dipendente nel registro di cui all'art. 335, c.p.p., se procedere o meno all'adozione del provvedimento motivato onde stabilire se applicare ed in che termini la rotazione di cui al D.Lgs. 165/2001 (i.e. rotazione straordinaria in senso stretto).

→ Progettazione e programmazione della misura

| Misura | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Tempistica di attuazione | Indicatore di monitoraggio | Valori attesi |
|--|--|---|--------------------------|------------------------------|---------------|
| Rotazione straordinaria del personale | Applicazione della misura secondo quanto specificato nel Piano | Direttore Generale RPCT (impulso) Direzione strategica U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane | Ad evento | Applicazione della procedura | N.A. |

F. Obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi

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

La norma contiene due prescrizioni:

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

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

Sul versante dei contratti pubblici, inoltre, occorre ricordare che ai sensi dell'art. 42, del D.Lgs. 50/2016:

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

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

Inoltre, ai fini di una completa attuazione dell'art. 42, del D.Lgs. 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. 445/00.

E comunque, l'Azienda recepisce e fa proprie le indicazioni fornite dall'A.N.AC. in relazione alla gestione del conflitto di interessi a valere sulle procedure di gara rese con le Linee Guida n. 15 in tema di "Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici".

→ Progettazione e programmazione della misura

| Misura | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Tempistica di attuazione | Indicatore di monitoraggio | Valori attesi |
|---|---|--|----------------------------------|--|--|
| Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse | Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi (Dirigenza, secondo quanto previsto dal Codice di comportamento aziendale) | Dirigente U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane RPCT (impulso) | Entro il 31 gennaio di ogni anno | Dichiarazione resa dall'interessato Risultanze degli audit campionari della U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane | Target: 100% Impatti attesi: Sensibilizzazione del personale sul "conflitto di interessi" Rafforzamento dei controlli |
| | Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi (RUP e DEC/DL), conformemente alle indicazioni rese con LG. n. 15 | Dirigenti delle U.O.C. Politiche di valorizzazione del patrimonio immobiliare e sviluppo dei sistemi informatici U.O.C. E.Procurement; U.O.C. Ingegneria Clinica Impiantistica ed edile RPCT (impulso) | In occasione di ogni affidamento | Risultanze degli audit campionari del RPCT | |

G. Dichiarazione pubblica di interessi dei professionisti (AGENAS)

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

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

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

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

→ Progettazione e programmazione della misura

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

H. Incarichi extraistituzionali

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

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

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

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 segnalata al RPCT tempestivamente e, comunque, in occasione del monitoraggio sull'attuazione del presente PTPCT.

→ Progettazione e programmazione della misura

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

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

Ai sensi dell'art. 16-ter, del D.Lgs. 165/2001, come introdotto dalla l. 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".

In merito all'ambito di applicazione della predetta norma ANAC in proprie FAQ ha precisato che:

- "L'art. 53, co. 16 ter, del d.lgs. n. 165 del 2001, introdotto dall'art. 1, co. 42 e 43, della legge n. 190 del 2012, non si applica nei confronti dei dipendenti assunti prima dell'entrata in vigore della citata legge, ferma restando l'opportunità che il dipendente si astenga dal rappresentare gli interessi del nuovo datore di lavoro presso l'ufficio dell'amministrazione di provenienza";
- "Le prescrizioni ed i divieti contenuti nell'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. 165/2001, che fissa la regola del c.d. pantouflage, trovano applicazione non solo ai dipendenti che esercitano i poteri autoritativi e negoziali per conto della PA, ma anche ai dipendenti che - pur non esercitando concretamente ed effettivamente tali

poteri - sono tuttavia competenti ad elaborare atti endoprocedimentali obbligatori (pareri, certificazioni, perizie) che incidono in maniera determinante sul contenuto del provvedimento finale, ancorché redatto e sottoscritto dal funzionario competente” (cfr. Orientamento A.N.AC. n. 24/2015).

Ai fini dell’attuazione della predetta previsione normativa, l’Azienda ha previsto, all’interno del Patto d’Integrità, l’obbligo di questi ultimi a non concludere rapporti di lavoro subordinato o autonomo e comunque a non attribuire incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle Pubbliche Amministrazioni per il triennio successivo alla cessazione del rapporto, nonché l’obbligo di dichiarare che all’interno della propria organizzazione non prestano attività lavorativa o professionale ex dipendenti pubblici che rientrano 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 preveda la non ammissibilità alla partecipazione alla gara 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. 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.

È stato altresì precisato che:

- 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. 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 PNA 2018);
- I Responsabili dell’attuazione della misura, come sotto indicati, informano tempestivamente il RPCT di ogni violazione riscontrata.

→ *Progettazione e programmazione della misura*

| Misura | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Tempistica di attuazione | Indicatore di monitoraggio | Valori 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 e sviluppo dei sistemi informatici U.O.C. E.Procurement U.O.C. Ingegneria Clinica Impiantistica ed edile | In essere | Risultanze dell'audit campionario del RPCT sull'aggiornamento degli atti standard | Target: 100% Impatti attesi: 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 | | |
| | 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 | |
| | Dichiarazione in occasione della chiusura del rapporto di lavoro (c.d. dichiarazione di exit) | Dirigente U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane | Ad evento, tempestivo | Dichiarazione archiviata | |

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

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

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

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

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

Le dichiarazioni sono oggetto di controllo, a campione o, in caso di ragionevole dubbio, mirato ad opera da parte delle Strutture cui competono i processi di (i) *accesso o la selezione a pubblici impieghi* (ii) *affidamento di lavori, servizi e forniture* (iii) *concessione o erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici*, in quanto tali responsabili dell'attuazione della misura, come sotto indicati.

I Responsabili dell'attuazione della misura, come sotto indicati, informano tempestivamente il RPCT di ogni violazione riscontrata.

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

→ Progettazione e programmazione della misura

| Misura | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Tempistica di attuazione | Indicatore di monitoraggio | Valori attesi |
|---|---|--|--|---|--|
| Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A. | Acquisizione delle dichiarazioni ai sensi dell'art. 35-bis, D.Lgs. 165/2001 / Assenza di conflitto di interessi o ulteriori cause di astensione | Tutti i Responsabili delle Strutture deputate alla gestione dei processi sopra individuati | Puntuale | Presenza delle dichiarazioni di ogni componente della commissione / segretario | Target: 100% Impatti attesi: Rafforzamento dei controlli |
| | Controlli sulle dichiarazioni | | A campione, con cadenza almeno semestrale (entro il 30 giugno di ogni anno), ovvero mirato | Risultanze dell'audit campionario del RPCT sull'aggiornamento degli atti standard | |
| | Flussi informativi verso il RPCT | Soggetti sopra indicati | Ad evento, tempestivo | Flussi informativi verso il RPCT relativo alle irregolarità riscontrate | |

M. Tutela del dipendente che segnala illeciti (whistleblowing)

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

Al fine di conformarsi al dettato normativo di cui all'art. 54 bis, D.Lgs. 165/2001 (per come modificato dalla Legge 30 novembre 2017, n. 179), alle Linee Guida adottate, in materia di segnalazioni di illeciti (whistleblowing) da ANAC con Delibera n. 469/2021 e al fine di dare attuazione a misura già prevista nel PTPCT 2021-2023, il RPCT aziendale, in raccordo con quello uscente, ha proposto: - l'attivazione a titolo gratuito di piattaforma informatica per l'inoltro e la gestione delle segnalazioni che garantisce con sistemi adeguati di crittografia l'anonimato del whistleblower; - in coerenza con l'attivazione della piattaforma l'adozione di nuova dettagliata procedura di gestione delle segnalazioni finalizzata a meglio esplicitare le fasi di gestione della segnalazione.

Con delibera del D.G. n.746 del 29.04.2022 l'Asl Viterbo ha adottato la piattaforma informatica e la nuova procedura di gestione delle segnalazioni di whistleblowing.

In tale prospettiva, nella Sezione Amministrazione trasparente del sito web aziendale, il RPCT ha creato specifico spazio ove si potrà avere accesso alla piattaforma e consultare la nuova procedura di inoltro e gestione delle segnalazioni.

La finalità della procedura è fornire indicazioni operative ai soggetti coinvolti nel procedimento di ricezione e gestione delle segnalazioni di illecito, con particolare riguardo a:

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

La procedura costituisce parte integrante del presente documento e dovrà subire un'eventuale ulteriore revisione ad intervenuta emanazione della legge italiana di recepimento della **Direttiva UE n. 2019/1937 sul Whistleblowing, in vigore il a partire dal 17 dicembre 2021**, direttiva che prevede l'adozione di nuovi standard di protezione a favore dei "whistleblower".

→ Progettazione e programmazione della misura

| Misura | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Tempistica di attuazione | Indicatore di monitoraggio | Valori attesi |
|--|---|------------------------------|--|---|---|
| Tutela del dipendente che segnala illeciti (Whistleblowing) | Aggiornamento Procedura Whistleblowing | RPCT | In essere | Adozione della procedura | Target: 100% |
| | Avvio del processo di acquisizione in riuso della piattaforma A.N.A.C., come da Comunicato del 15 gennaio 2019 del presidente dell'Autorità | RPCT | A seguito dell'aggiornamento delle LG A.N.A.C. e dell'adozione del decreto di recepimento in Italia della Direttiva europea in materia | Riunione con la UOC interessata per la gestione informatica | Impatti attesi: Sensibilizzazione del personale sull'importanza dell'istituto del whistleblowing Rafforzamento dei controlli "bottom up" |
| | Aggiornamento della procedura alle nuove LG A.N.A.C. | RPCT | A seguito dell'aggiornamento delle LG A.N.A.C. | Aggiornamento della procedura | Diffusione della cultura della legalità e dell'integrità |

N. Patto di Integrità

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

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

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

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

Il Patto di integrità aziendale costituisce parte integrante del presente documento.

→ Progettazione e programmazione della misura

| Misura | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Tempistica di attuazione | Indicatore di monitoraggio | Valori attesi |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--------------------------|---|--|
| Patto di Integrità aziendale | Patto di Integrità | Dirigenti delle U.O.C. Politiche di valorizzazione del patrimonio immobiliare e sviluppo dei sistemi informatici U.O.C. E.Procurement; U.O.C. Ingegneria Clinica Impiantistica ed edile | In essere | N.A. | Target: 100% Impatti attesi: Sensibilizzazione degli operatori economici Rafforzamento dei controlli nell'ambito delle procedure di affidamento |
| | Adeguamento degli atti di affidamento | | In essere | N.A. | |
| | Flussi informativi verso il RPCT | | Ad evento, tempestivo | Flussi informativi verso il RPCT relativo alle irregolarità riscontrate | |

O. 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 dai PTPCT adottati 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 e le azioni intraprese per garantire la massima trasparenza dell'organizzazione e dell'attività aziendale durante specifico incontro o in occasione della Conferenza dei Servizi annuale.

L'Azienda, in occasione di ogni aggiornamento ai Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e mediante la consultazione pubblica, ha raccolto suggerimenti e osservazioni, anche critiche, da parte di tutta la società civile, analizzando i contributi pervenuti e recependoli fattivamente laddove ritenuti congrui e sostenibili.

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

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

→ Progettazione e programmazione della misura

| Misura | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Tempistica di attuazione | Indicatore di monitoraggio | Valori attesi |
|---|--|--|--------------------------|--|--|
| Azione di sensibilizzazione e rapporto con la società civile | Approfondimento dedicato sul sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza in occasione della Conferenza dei Servizi annuale e/o in occasione di apposita Giornata della Trasparenza | RPCT Direzione strategica | Annuale, entro dicembre | Svolgimento del confronto con gli stakeholder | Target: 100% Impatti attesi: Partecipazione e sensibilizzazione della società civile Rafforzamenti dei controlli dall'esterno |
| | Avvisi e richieste di contributi / suggerimenti – Canale con gli stakeholder | RPCT URP Comunicazione Aziendale | Ad evento | Avviso sul sito istituzionale | |
| | Canale per gli stakeholder – Reclami e segnalazioni di illecito | RPCT URP | In essere | Indicazioni operative sul sito istituzionale Riepilogo dei reclami/segnalazioni | |
| | Flusso informativo verso il RPCT | URP | Ad evento, tempestivo | Flussi informativi verso il RPCT relativo ai Reclami/Segnalazioni che rappresentano illeciti | |

P. Informatizzazione dei processi

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

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

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

Ulteriori misure inerenti alla informatizzazione dei processi attengono alla trasparenza amministrativa, per la quale si rinvia alla Sezione dedicata del presente PIAO – “Trasparenza”.

→ Progettazione e programmazione della misura

| Misura | Azioni | Responsabile dell'attuazione | Tempistica di attuazione | Indicatore di monitoraggio | Valori attesi |
|--------------------------------|---|---|--------------------------|---|---|
| Informatizzazione dei processi | Piattaforma regionale Tool aziendali | Dirigenti delle U.O.C. Politiche di valorizzazione del patrimonio immobiliare e sviluppo dei sistemi informatici U.O.C. E.Procurement; U.O.C. Ingegneria Clinica Impiantistica ed edile | In essere | Verifiche del RPCT sull'utilizzo e il corretto funzionamento della Piattaforma e dei tool aziendali | Target: 100% Impatti attesi: Rafforzamento dei controlli sugli operatori economici Tracciabilità di ogni fase della procedura di affidamento |

I.6.2. MISURE SPECIFICHE E ULTERIORI

Oltre alle misure *generali* di cui ai paragrafi precedenti, sin dalla precedente programmazione l'Azienda ha introdotto misure *specifiche* connesse alle varie Aree/ UU.OO. aziendali, la maggioranza delle quali è stata correttamente attuata secondo quanto riferito dai Responsabili in occasione del monitoraggio.

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

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

A tal ultimo proposito, come sopra accennato, è stato formato un allegato specifico (cfr. **allegato n. 3 - Misure specifiche per determinate Aree di rischio**) recante le misure di prevenzione (*in essere* ovvero *da adottare*) relativamente alle seguenti aree di rischio:

1. 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. 2 – Gestione del rischio**.

| | Misure specifiche | Azioni e strumenti | Indicatori di monitoraggio | Target e Impatti attesi |
|---|---|---|---|--|
| 1 | Attenersi ai principi fondamentali del Codice di Comportamento, del PTPCT e del Codice di Deontologia professionale | Attenersi ai principi fondamentali del Codice di Comportamento, del PTPCT e del Codice di Deontologia professionale | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Risultanze scheda mirata sul Codice di Comportamento somministrata, con periodicità annuale dal RPCT ai Referenti ▪ Risultanze flussi informativi e interlocuzioni (scritte e verbali) con il RPCT | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilizzazione del personale (Dirigenza/Comparto) |
| 2 | Aggiornamento di Procedure e Regolamenti interni per limitare l'esercizio della discrezionalità | <p>Limitazione dell'esercizio della discrezionalità nei procedimenti amministrativi e nei processi di attività aziendali attraverso regolamentazioni, circolari o direttive interne, in modo che lo scostamento dalle indicazioni generali, qualora si verifici, venga motivato</p> <p>Previsione di procedure gestionali finalizzati a prevenire fenomeni di corruzione o di malfunzionamento</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aggiornamento Procedure e Regolamenti in essere ▪ Adozione di nuove Procedure e Regolamenti ▪ Risultanze check list di monitoraggio (semestrale / annuale) trasmesse dal RPCT | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rafforzamento dei controlli ▪ Maggiore efficacia dei controlli |
| 3 | 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"> ▪ Risultanze flussi informativi e interlocuzioni (scritte e verbali) con il RPCT ▪ Risultanze scheda mirata sul Codice di Comportamento somministrata, con periodicità annuale dal RPCT ai Referenti | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilizzazione del personale (Dirigenza/Comparto) ▪ Partecipazione attiva di tutto il personale aziendale ▪ Rafforzamento dei controlli ▪ Maggiore efficacia dei controlli |
| 4 | Monitoraggio di deroghe, scostamenti ed indicatori di anomali | Individuazione di dati informativi che consentano di monitorare eventuali deroghe o scostamenti dalle indicazioni generali | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Report / Verbali interni delle Strutture interessate | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rafforzamento dei controlli ▪ Maggiore efficacia dei controlli |
| 5 | Trasparenza dei procedimenti e della Regolamentazione aziendale | <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"> ▪ Pubblicazione di dati, documenti e informazioni sul sito web aziendale, se del caso anche sulla Sezione "Amministrazione Trasparente" | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maggiori livelli di trasparenza ▪ Semplificazioni dei controlli dall'esterno, da parte dell'utenza e degli stakeholder |
| 6 | Controllo su deleghe di poteri | Programmazione ed effettuazione di controlli a campione sulle modalità di esercizio dei poteri di delega, qualora vi sia delega di funzioni | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Report / Verbali interni delle Strutture interessate ▪ Segnalazione delle irregolarità, in via tempestiva, al RPCT | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rafforzamento dei controlli ▪ Maggiore efficacia dei controlli |
| 7 | Implementazione dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio (D.P.R. 445/2000) | <p>Effettuazione di controlli a campione aggiuntivi sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese sia da dipendenti che dagli utenti, ai sensi degli art. 45 – 49 del D.P.R. n° 445/2000 (art. 71 e 72 D.P.R. 445/2000)</p> <p>Potenziamento dei servizi ispettivi aziendali di cui all'art. 1 comma 62, Legge n° 662/96 rispetto alle verifiche sulle dichiarazioni (art. 72 D.P.R. n° 445/2000)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Report / Verbali interni delle Strutture interessate | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rafforzamento dei controlli ▪ Maggiore efficacia dei controlli |

| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| 8 | Analisi delle criticità e sensibilizzazione | <p>Svolgimento di incontri e riunioni periodiche tra dirigenti, e tra dirigenti e dipendenti, anche appartenenti a settori diversi, per finalità di aggiornamento, di confronto e di circolazione delle informazioni utili ad elaborare migliori soluzioni dell'attività amministrativa aziendale</p> <p>Condivisione e discussione dei materiali distribuiti e delle normative specifiche analizzate e illustrate nei corsi di formazione effettuati in merito ai fenomeni corruttivi e di malfunzionamento dell'Amministrazione</p> <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"> ▪ Report / Verbali interni delle Strutture interessate | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilizzazione del personale (Dirigenza/Comparto) ▪ Partecipazione attiva di tutto il personale aziendale ▪ Rafforzamento dei controlli ▪ Maggiore efficacia dei controlli |
| 9 | Condivisione del procedimento - Controllo incrociato | <p>Coinvolgimento di almeno due dipendenti abbinati secondo rotazione casuale in attività di controllo e di vigilanza in determinate attività dove c'è più rischio di esercizio di potere discrezionale</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Report / Verbali interni delle Strutture interessate | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Partecipazione attiva di tutto il personale aziendale ▪ Rafforzamento dei controlli ▪ Maggiore efficacia dei controlli |
| 10 | Monitoraggio dei termini procedurali | <p>Massimo rispetto dei tempi procedurali</p> <p>Monitoraggio puntuale, ad opera di Referenti e Dirigenti, sul rispetto dei termini procedurali</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Report / Verbali interni delle Strutture interessate | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Partecipazione attiva di tutto il personale aziendale ▪ Rafforzamento dei controlli ▪ Maggiore efficacia dei controlli |
| 11 | Sottoscrizione dei verbali da parte dell'utenza | <p>Implementazione di procedure che prevedano che ogni tipo di verbalizzazione relativa ai servizi svolti verso l'utenza debba essere portata a conoscenza dell'utente destinatario e, comunque, da questi sottoscritta.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Report / Verbali delle Strutture interessate | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Semplificazioni dei controlli dall'esterno, da parte dell'utenza e degli stakeholder ▪ Maggiore efficacia dei controlli |
| 12 | Meccanismi di rotazione nella gestione delle pratiche | <p>Rotazione (ove possibile) del personale dirigenziale e del personale del comparto titolare di posizioni organizzative, di coordinamenti e di responsabilità dei procedimenti</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Report / Verbali interni delle Strutture interessate | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilizzazione del personale (Dirigenza/Comparto) ▪ Partecipazione attiva di tutto il personale aziendale ▪ Rafforzamento dei controlli ▪ Maggiore efficacia dei controlli |

I.3 MONITORAGGIO

I.3.1 ESITI DEL MONITORAGGIO RELATIVO AL PTPCT 2021 – 2023

Metodologia di monitoraggio del PTPCT 2021-2023

Relativamente ai controlli sui rischi corruttivi delle singole UU.OO. e, dunque, all'attività di monitoraggio circa l'attuazione del vigente PTPCT e delle misure di prevenzione ivi previste rispetto a ciascuna Area/UU.OO., la RPCT uscente ha avviato un'attività istruttoria che ha interessato tutte le Aree/UU.OO. censite nel Piano medesimo, mediante un **monitoraggio** a consuntivo, espletato nel mese di novembre/dicembre 2021.

Detta attività di monitoraggio, in via semplificata rispetto alle pregresse annualità (i.e. scheda di monitoraggio semplificata), ma coerentemente con le indicazioni dell'A.N.AC. (cfr. determinazione A.N.AC. n. 12/2015 e delibera A.N.AC. n. 831/2016) è stata così articolata:

- a)** Verifica dell'attuazione delle misure di prevenzione programmate per ciascuna Area/UU.OO. in base a quanto previsto dall'Allegato 2 al PTPCT 2021 -2023;
- b)** Verifica dell'attuazione delle misure di prevenzione previste dall'A.N.AC. per il Settore Sanità nell'ambito della Determinazione n. 12/2015 e della Delibera n. 831/2016;
- c)** Verifica dello stato della mappatura dei processi e della correlata valutazione dei rischi;
- d)** Monitoraggio in merito al rispetto del Codice di comportamento e, anche per l'anno 2021, agli impatti sortiti dall'emergenza sanitaria sulla strategia di prevenzione dei rischi corruttivi.

Stato di attuazione del PTPCT 2021 – 2023 e delle misure di prevenzione ivi previste

In relazione all'anno 2021, il monitoraggio del Piano ha riguardato tanto l'attuazione delle misure di livello generale quanto di livello specifico, ed è stato curato mediante incontri periodici e scambi di informazione oltre che a mezzo di verifiche puntuali del RPCT.

In base al monitoraggio espletato, possono qui sintetizzarsi i principali e prioritari dati:

Non si sono verificati eventi corruttivi o episodi di "*maladministration*" e non risultano procedimenti disciplinari

Risultano aggiornati i Regolamenti / Procedure / Protocolli in tema di l. n. 190/2012

Non sono pervenute segnalazioni *whistleblowing*

Non si registrano violazioni del D.Lgs. 39/2013 (inconferibilità/incompatibilità di incarichi e cariche)

Si riscontrano un buon livello di implementazione della Sezione "Amministrazione Trasparente" (Obblighi di pubblicazione)

La formazione annuale di livello specifico in materia di anticorruzione e trasparenza, a causa dell'emergenza pandemica, è stata riservata al RPCT e alla struttura di supporto. Nel corso del 2022 sarà portata a termine la formazione di livello generale e specifico per il personale interessato.

Non sono pervenute istanze di accesso civico (art. 5, D.Lgs. 33/2013)

Il Codice Etico, come recentemente aggiornato, è allineato ai dettami della l. 190/2012. Non risultano violazioni.

Quanto all'attuazione delle misure di prevenzione di livello specifico:

- ✓ la maggioranza delle strutture ha riferito di avere attuato tutte le misure indicate nel PTPCT 2021 – 2023, senza rappresentare particolari criticità; lo stesso vale per le misure individuate dall'A.N.AC.;
- ✓ talune strutture non avevano inizialmente riscontrato la richiesta di rendicontazione del RPCT, ma hanno poi dato riscontro dopo alcuni solleciti del RPCT uscente.

Relativamente al monitoraggio della trasparenza amministrativa si rinvia ai successivi paragrafi dedicati.

I.7.2. SISTEMA DI MONITORAGGIO E DEI CONTROLLI: MODALITÀ E STRUMENTI

Il sistema di monitoraggio in tema di prevenzione della corruzione, già attuato nelle precedenti annualità, resta confermato ed è di seguito schematizzato:

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

Il monitoraggio e i controlli, anche nel triennio 2022-2024 verranno effettuati dal RPCT avvalendosi dell'ausilio degli organi di vigilanza costituiti *ad hoc* dall'Azienda, quali la Commissione Ispettiva e principalmente l'Internal Auditing mediante ispezioni e verifiche a campione presso le strutture maggiormente esposte al rischio, per valutare la legittimità e la correttezza dei procedimenti amministrativi in corso ovvero già definiti.

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

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

TRASPARENZA

I. INTRODUZIONE

La presente Sezione ha lo scopo di definire le iniziative, le azioni, le modalità, gli strumenti ed i relativi responsabili per garantire l'applicazione del principio di trasparenza nel triennio in considerazione, relativamente all'organizzazione e alle attività di questa Azienda, nel rispetto di quanto stabilito dal D.Lgs. n. 33/2013, dal D.lgs. n. 97/2016 e dalle direttive emanate dall'A.N.AC.

2. PRINCIPALI FONTI NORMATIVE IN TEMA DI TRASPARENZA

- L. n. 69/2009, recante *“Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile”*, con particolare riferimento alla disciplina degli obblighi di pubblicazione di atti e provvedimenti amministrativi (art. 32);
- D.Lgs. n. 82/2005 e ss.mm.ii., recante *“Codice dell'amministrazione digitale”*, con particolare riferimento alle disposizioni di cui all'art. 54 ad oggetto *“Contenuto dei siti delle pubbliche amministrazioni”*;
- L. n. 244/2007, recante *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008)”*, con particolare riferimento alla disciplina degli obblighi di pubblicazione relativi al personale dipendente ed agli incarichi delle pubbliche Amministrazioni.
- L. n. 83/2012, recante *“Misure urgenti per la crescita del paese”*, con particolare riferimento ai dati ed alle informazioni relative a incarichi e consulenze, nonché a sovvenzioni, contributi e benefici economici di ogni natura e tipologia;
- L. n. 190/2012, cit.
- D.Lgs. n. 33/2013, cit.
- D.Lgs. 97/2016, cit.
- Linee Guida per i siti Web della P.A. (26 luglio 2010) previste dalla Direttiva del 26.11.2009, n. 8, del Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'innovazione: tali linee Guida prevedono che i siti web delle Pubbliche Amministrazioni debbano rispettare il principio della Trasparenza tramite *“accessibilità totale da parte del cittadino alle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione dell'Ente pubblico, definendo, per altro i contenuti minimi dei siti istituzionali pubblici”*;
- Delibere n. 6/2010 e n. 105/2010 della CIVIT recante *“Linee guida per la predisposizione del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità”* predisposte dalla Commissione per la Valutazione Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche nel contesto della

finalità istituzionale di promuovere la diffusione nelle Pubbliche Amministrazioni della legalità e della trasparenza. Tali linee indicano il contenuto minimo e le caratteristiche essenziali del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità a partire dalla indicazione dei dati che devono essere pubblicati sul sito istituzionale delle Amministrazioni e delle modalità di pubblicazione, fino a definire le iniziative sulla trasparenza;

- Delibera Civit n. 2/2012 *“Linee guida per il miglioramento della predisposizione e dell’aggiornamento del Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità”*;
- Delibera Civit n. 6/2013 *“Linee guida relative al ciclo della Performance per l’annualità 2013”*;
- Delibera Civit n. 50/2013 *“Linee guida per l’aggiornamento del Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità 2014-2016”*;
- D.P.C.M. 22 settembre 2014 concernente la *“Definizione degli schemi e delle modalità per la pubblicazione su internet dei dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi e consuntivi e dell’indicatore annuale di tempestività dei pagamenti delle pubbliche amministrazioni”*;
- Delibera A.N.AC. n. 144/2014, relativa agli obblighi di pubblicazione dei componenti degli organi di indirizzo politico;
- Delibera A.N.AC. n. 831/2016, cit.;
- Delibera A.N.AC. n. 1309/2016, cit.;
- Delibera A.N.AC. n. 1310/2016, cit.;
- Delibera A.N.AC. n. 39/2016 recante *“Indicazioni alle Amministrazioni pubbliche di cui all’art. 1, comma 2, decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165 sull’assolvimento degli obblighi di pubblicazione e di trasmissione delle informazioni all’Autorità Nazionale Anticorruzione, ai sensi dell’art. 1, comma 32 della legge n. 190/2012, come aggiornato dall’art. 8, comma 2, della legge n. 69/2015”*;
- Delibera A.N.AC. n. 241/2017, recante *“Linee guida recanti indicazioni sull’attuazione dell’art. 14 del d.lgs. 33/2013 «Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali”* come modificato dall’art. 13 del d.lgs. 97/2016;
- Comunicati Presidente A.N.AC.

3. PRINCIPI GENERALI

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

Essa è assunta a principio generale, in armonia con quanto previsto dall’art. 1 del D.Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016 che recita:

- *“1. La trasparenza è intesa come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.*
- *2. La trasparenza, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali, concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. Essa è condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, integra il diritto a una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino.*
- *3. Le disposizioni del presente decreto, nonché le norme di attuazione adottate ai sensi dell'articolo 48, integrano l'individuazione del livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche a fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione, a norma dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione e costituiscono altresì esercizio della funzione di coordinamento informativo statistico e informatico dei dati dell'amministrazione statale, regionale e locale, di cui all'articolo 117, secondo comma, lettera r), della Costituzione”.*

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

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

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

In merito all'accesso civico, la Delibera ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016 fornisce indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5, comma 2, del D.Lgs. n. 33/2013

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

4. LINEE DIRETTRICI DELL'AZIENDA DELLA TRASPARENZA

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

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

La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce una area strategica della ASL che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi e individuali.

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

- 1) Dare attuazione agli obblighi previsti dal “Decreto Trasparenza” promuovendo la consapevole realizzazione di una efficace politica di trasparenza e di prevenzione della corruzione, rigettando la “cultura del mero adempimento” che privilegia il rispetto formale delle procedure/obblighi e dei tempi. L'obiettivo, dunque, è quello di passare da un percorso di trasparenza reattiva ad un percorso proattivo;
- 2) Promuovere maggiori livelli di trasparenza e assicurare la pubblicità dei documenti, delle informazioni e dei dati oggetto di accesso civico;
- 3) Assicurare all'utenza il diritto alla conoscibilità, che consiste nel diritto riconosciuto a chiunque di conoscere, fruire gratuitamente, utilizzare e riutilizzare documenti, informazioni e dati pubblicati obbligatoriamente;
- 4) Garantire la qualità e la chiarezza delle informazioni;
- 5) Promuovere la revisione e l'aggiornamento continuo del sito istituzionale, Sezione “Amministrazione Trasparente”;

- 6) Promuovere *audit condivisi con i soggetti responsabili* della raccolta, produzione e pubblicazione dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria, anche al fine di migliorare la qualità delle informazioni;
- 7) Garantire, tramite le misure trasparenza, *l'integrità dell'Azienda* intesa come dovere di tutti i dipendenti di adempiere alle funzioni pubbliche “*con disciplina e onore*” (art. 54, Cost.), assicurando la legalità dell'azione amministrativa, la correttezza ed efficacia degli atti, il rispetto dei principi di buon andamento e l'imparzialità. In questi termini, la trasparenza permette di prevenire ed, eventualmente, scoprire fenomeni di *maladministration* e, comunque, irregolarità e conflitti di interesse;
- 8) Consentire il *controllo diffuso sulla performance aziendale*.

Come si avrà modo di ribadire nel proseguo, gli adempimenti sulla trasparenza, al pari di quelli in materia di prevenzione della corruzione, vengono inseriti nei contratti relativi agli incarichi dirigenziali e di posizione organizzativa.

5. REFERENTI AZIENDALI PER LA TRASPARENZA E RESPONSABILI

5.1. Referenti

I Referenti per la trasparenza, sono individuati con Deliberazione del Direttore Generale e supportano il RPCT relativamente alla fase di redazione, aggiornamento ed attuazione della presente Sezione.

Il gruppo dei Referenti è costituito dai Direttori delle UU.OO.CC./UU.OO.SS.DD. che hanno i maggiori obblighi di pubblicazione, ed è coordinato dal RPCT, nelle more dell'attuazione di quanto previsto dall'art. 43, D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. come confermato nella Deliberazione A.N.AC. n. 831/2016.

5.2. Soggetti responsabili della individuazione e/o elaborazione, trasmissione, pubblicazione ed aggiornamento dei documenti, delle informazioni e dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria

Le modifiche apportate dal D.Lgs. n. 97/2016 all'art. 10 del “Decreto Trasparenza”, come declinate dall'A.N.AC. (Delibera n. 1310/2016) prevedono che la ASL indichi nel PTPCT, in apposito Schema, i Responsabili della individuazione e/o elaborazione, trasmissione, pubblicazione ed aggiornamento dei documenti, delle informazioni e dei dati.

In proposito si rinvia all'allegato n. 4 – Schema della Trasparenza.

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

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

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

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

6. OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Il D.Lgs. n. 33/2013 e la Delibera A.N.AC. n. 1310/2016, prevedono il contenuto minimo e l'organizzazione dei dati e delle informazioni che devono essere pubblicate sull'apposita Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale, a cui i responsabili dei servizi debbono fare riferimento.

In particolare, l'allegato I alla Delibera A.N.AC. n. 1310/2016 riporta l'elenco aggiornato degli obblighi di pubblicazione.

Tale elenco viene recepito da questa Azienda, così rappresentando la griglia di riferimento per la gestione dei dati, dei documenti e delle informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria.

Per quanto riguarda la pubblicazione dei dati sul sito della ASL, sezione Amministrazione trasparente, i Direttori dei Servizi si avvarranno della U.O. U.R.P. la quale ha il compito aggiornare il sito, ivi compresa la Sezione "Amministrazione Trasparente".

7. DURATA DELLA PUBBLICAZIONE

Per quanto previsto dall'art. 8 D.Lgs. n. 33/2013, 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.

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

8. MONITORAGGIO E CONTROLLO SULL'ATTUAZIONE DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

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

8.1. Controllo del RPCT

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

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

In particolare, il RPCT svolge quanto segue:

- aggiorna, con il supporto delle Strutture aziendali, la presente Sezione “Trasparenza”;
- monitora la corretta implementazione della sezione “Amministrazione Trasparente” sulla pagina web dell’Azienda;
- in caso riscontri inadempienze e/o irregolarità, il RPCT 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, al Nucleo di Valutazione 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.

8.2. Controllo dell'Organismo Interno di Valutazione (OIV)

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

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

Trasmette l'attestazione all'A.N.AC. ed alla Direzione Generale della ASL.

L'attestazione dell'OIV viene pubblicata, nei tempi previsti dalla normativa, sul sito aziendale, nella Sezione "Amministrazione trasparente".

8.3. Controllo dell'A.N.AC.

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

9. ACCESSO CIVICO

9.1. Inquadramento e rinvio al Regolamento

In attuazione di quanto previsto dal D.Lgs. n. 33/2013, l'ASL adotta un apposito sistema di ricezione e gestione delle istanze di accesso civico di cui all'art. 5 del medesimo D.Lgs. n. 33/2013.

Il Sistema di ricezione e gestione delle istanze di accesso civico della ASL sarà disciplinato, in maniera organica, dal Regolamento di accesso civico adottato con Delibera del Direttore Generale 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, indicando:

- 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 alla 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.

9.2. Registro degli accessi

Come previsto dalla Delibera A.N.AC. n. 1309/2016, è istituito presso la ASL un registro delle richieste di accesso presentate per tutte le tipologie di accesso denominato "Registro degli Accessi". Il Registro contiene l'elenco delle richieste con l'oggetto, la data e il relativo esito con indicazione della data della decisione, ed è pubblicato nella Sezione "Amministrazione Trasparente".

Il Registro è aggiornato almeno ogni sei mesi del sito web istituzionale.

10. COMUNICAZIONE PER LA TRASPARENZA

La comunicazione della presente Sezione avviene mediante il *Piano della comunicazione aziendale* che può comprendere qualsiasi tipo di iniziativa e modalità comunicativa di cui si avvale la ASL.

Le iniziative a sostegno della comunicazione per la trasparenza fanno riferimento alle modalità di cui si serve la ASL per diffondere le notizie e informazioni. In particolare:

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

Per l’organizzazione degli incontri, la ASL individuerà:

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

11. COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDER

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

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

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

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

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

12. FORMAZIONE

Coerentemente a quanto pianificato per il passato, si intende proseguire con ulteriori incontri di formazione verso i soggetti coinvolti negli obblighi di pubblicazione obbligatoria e facoltativa che possono svolgersi in aula o svilupparsi come formazione *on the job*. La formazione *on the job* potrà essere svolta durante gli audit previsti.

SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

STRUTTURA ORGANIZZAZIONE

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

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

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

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

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

In particolare, spetta alla Direzione Strategica:

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

Per la definizione dell'Organigramma aziendale si rimanda all'**allegato n. 5**

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

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

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

Infatti, con il Decreto Legge n. 18/2020 (noto come “Cura Italia”) il lavoro agile compare, tra le altre, quale misura finalizzata ad arginare la diffusione del virus e limitare i contagi all'interno delle realtà lavorative.

In particolare, con l'articolo 87 del citato decreto, recante “*Misure straordinarie in materia di lavoro agile e di esenzione dal servizio e di procedure concorsuali*”, stabilisce che: “*Fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID – 19¹, ovvero fino ad una data antecedente stabilita con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione, il lavoro agile è una delle modalità ordinarie di svolgimento della prestazione lavorativa nelle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, che conseguentemente:*

a) *Limitano la presenza del personale nei luoghi di lavoro per assicurare esclusivamente le attività che ritengono indifferibili e che richiedono necessariamente tale presenza, anche in ragione della gestione dell'emergenza;*

b) *Prescindono dagli accordi individuali e dagli obblighi informativi previsti dagli articoli da 18 a 23 della legge 22 maggio 2017, n. 81.*

La prestazione lavorativa in lavoro agile può essere svolta anche attraverso strumenti informatici nella disponibilità del dipendente, qualora non siano forniti dall'amministrazione. In tali casi l'articolo 18, comma 2, della legge 22 maggio 2017, n. 81 non trova applicazione.

Il decreto “Cura Italia” ha introdotto, quindi, una disciplina del lavoro agile in forma “semplificata” e derogatoria di quella contenuta nella Legge n. 81/2017; inoltre, ha esonerato le amministrazioni pubbliche dalla sottoscrizione degli accordi con i lavoratori e dall'obbligo dell'informativa di cui all'art. 22 della Legge 22 maggio 2017, n. 81.

La suddetta disciplina è rimasta valida per tutto il periodo dell'emergenza sanitaria, cessato il 31 marzo 2022, e ha previsto che il lavoro agile fosse attivato su iniziativa del datore di lavoro e non sulla base di un accordo con il lavoratore.

L'istituto, tuttavia, trova la sua disciplina ordinaria 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.

Se quella sopra esposta rappresenta la cornice legislativa del lavoro agile a regime ordinario, tuttavia bisognerà attendere anche la normativa collettiva, contenuta già nei prossimi contratti nazionali del triennio 2019/2021, per la definizione di alcune problematiche attinenti al lavoro agile, quali ad esempio: l'articolazione oraria legata al diritto del lavoratore alla disconnessione, il riconoscimento del lavoro straordinario e del diritto alla mensa o al buono pasto, etc.

Ciò detto, in attuazione dell'art. 1, comma 1 del citato dpcm del 23 settembre 2021, al fine di realizzare il superamento dell'utilizzo del lavoro agile emergenziale come una delle modalità ordinarie di svolgimento dell'attività lavorativa alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche, a decorrere dal 15 ottobre 2021, nel rispetto delle vigenti misure di contrasto al fenomeno epidemiologico adottate dalle competenti autorità, è stato varato il decreto del ministro della pubblica amministrazione in data 8 ottobre 2021, che ha stabilito le misure organizzative che le amministrazioni pubbliche devono adottare per l'accesso alla modalità agile dell'attività lavorativa.

Il decreto ha, in particolare, previsto che il lavoro agile potrà essere autorizzato solo in presenza delle seguenti condizioni:

- a) Lo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile non deve in alcun modo pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi a favore degli utenti;
- b) L'amministrazione deve garantire un'adeguata rotazione del personale che può prestare il lavoro in modalità agile, dovendo essere prevalente, per ciascun lavoratore, l'esecuzione della prestazione in presenza. Per rotazione non si tratta di far ruotare più dipendenti su un limitato numero di posti in modalità agile, ma dell'alternanza che un medesimo lavoratore compie nello svolgere la propria attività in presenza o in modalità agile (cfr. circolare del ministro per la pubblica amministrazione e del ministro del lavoro e delle politiche sociali del 3 gennaio 2022);
- c) L'amministrazione mette in atto ogni adempimento al fine di dotarsi di una piattaforma digitale o di un cloud o comunque di strumenti tecnologici idonei a garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni che vengono trattate dal lavoratore nello svolgimento della prestazione in modalità agile;
- d) L'amministrazione deve aver previsto un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove sia stato accumulato;
- e) L'amministrazione mette in atto ogni adempimento al fine di fornire al personale dipendente apparati digitali e tecnologici adeguati alla prestazione lavorativa richiesta;
- f) L'accordo individuale di cui all'art. 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81 deve definire almeno:
 - l) Gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile,

- 2) Le modalità e i tempi di esecuzione della prestazione e della disconnessione del lavoratore dagli apparati di lavoro, nonché eventuali fasce di contattabilità,
- 3) Le modalità e i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa nella modalità agile;
- g) Le amministrazioni assicurano il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti amministrativi;
- h) Le amministrazioni prevedono, ove le misure di carattere sanitario lo richiedano, la rotazione del personale impiegato in presenza, nel rispetto di quanto stabilito dal decreto medesimo.

In data 3 gennaio 2022, è stata diramata congiuntamente da parte del ministro per la pubblica amministrazione e del ministro del lavoro e delle politiche sociali una nuova circolare in materia di lavoro agile.

Con tale circolare, in sintesi, viene affermato che una delle principali caratteristiche della disciplina oggi vigente per il lavoro agile nella pubblica amministrazione è la flessibilità.

In particolare, ogni amministrazione può programmare il lavoro agile con una rotazione del personale settimanale, mensile o plurimensile con ampia flessibilità, anche rimodulandolo, come necessario in questo particolare momento, sulla base dell'andamento dei contagi, tenuto conto che la prevalenza del lavoro in presenza potrà essere raggiunta anche nella media della programmazione plurimensile.

Si è in attesa della sottoscrizione dei contratti collettivi nazionali di lavoro delle aree dirigenziali e del comparto sanità del triennio 2019/2021 per la integrazione della normativa sopra descritta.

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Art. 14, Legge 7 agosto 2015, n.124
- Direttiva del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2017
- Direttiva del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 3/2017
- Artt. 18, 19, 20, 21, 22 e 23 della Legge 22 maggio 2017, n. 81
- Art. 87, Decreto Legge 17 marzo 2020, n.18, convertito dalla Legge del 24 aprile 2020 n. 27
- Art. 263, D.L. 19 maggio 2020, n. 34, convertito dalla Legge 17 luglio 2020 n. 77
- Circolare Ministeriale Pubblica Amministrazione n. 3/2020
- Art. 21-bis, D.L. 14 agosto 2020 n. 104 , convertito dalla Legge 13 ottobre 2020, n. 126
- Decreto Ministeriale Pubblica Amministrazione del 19 ottobre 2020
- Decreto Ministeriale Pubblica Amministrazione del 9 dicembre 2020 - Linee guida per l'approvazione del POLA

- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 settembre 2021
- Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 8 ottobre 2021
- Circolare del Ministro per la Pubblica Amministrazione e del Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali del 3 gennaio 2022.

LIVELLO DI ATTUAZIONE E DI SVILUPPO DEL LAVORO AGILE

Con deliberazione n. 449 del 9 marzo 2020 si è disposto di adottare la procedura semplificata per l'accesso al lavoro agile, approvando il modulo per la richiesta di autorizzazione da parte dei lavoratori, la proposta all'U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane da parte dei direttori di settore di autorizzazione al lavoro agile e le linee guida elaborate dal Servizio di Prevenzione e Protezione per il lavoro agile.

Con tale iniziativa, in linea con la normativa nazionale e regionale emanata nel periodo emergenziale, l'Azienda ha inteso avvalersi del lavoro agile quale strumento straordinario, fra gli altri, finalizzato ad evitare il contagio e la diffusione dell'epidemia.

Con successiva deliberazione n. 1048 del 21 maggio 2020, si è poi disposta l'approvazione della procedura operativa di disciplina a regime delle modalità di accesso e di svolgimento del lavoro agile (smart working), in applicazione della legge 22 maggio 2017, n. 81.

Detta procedura è stata integrata per effetto del decreto del presidente del consiglio dei ministri del 23 settembre 2021, del decreto del ministro per la pubblica amministrazione del 8 ottobre 2021 e della circolare del Ministro per la pubblica amministrazione e del ministro del lavoro e delle politiche sociali del 3 gennaio 2022.

I settori le cui linee di attività sono risultati compatibili con il lavoro agile sono i seguenti:

- Dipartimento delle Cure Primarie
- Dipartimento di Prevenzione
- Direzione Sanitaria Polo
- U.O.C. Governo della Domanda e Distribuzione delle Risorse Distretto B
- U.O.C. Diagnostica Clinica Polo
- U.O.C. Farmacia Aziendale
- U.O.C. Ingegneria Clinica, Impiantistica ed Edile
- U.O.C. Pianificazione e Programmazione Controllo di Gestione, Bilancio e Sistemi Informativi
- U.O.C. Politiche di valorizzazione del Patrimonio Immobiliare e Sviluppo dei Sistemi Informatici

- U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane
- U.O.C. Programmazione e Gestione dell'Offerta Accreditati
- U.O.C. Affari Generali
- U.O.C. E-Procurement
- U.O.S.D. Formazione Universitaria Ricerca ed ECM
- Ufficio Legale

Le linee di attività sono state comunicate dai responsabili dei settori.

Le autorizzazioni al lavoro agile sono rilasciate dalla U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane per i lavoratori proposti dai responsabili dei settori e per le linee di attività da loro individuate.

Per i lavoratori autorizzati, la U.O.S. Gestione Informatica, su richiesta, realizza le condizioni per consentire ai dipendenti il collegamento da remoto al computer aziendale.

Sono consegnate ai dipendenti le *“Linee guida per i lavoratori in smart working”* datate 9 marzo 2020, elaborate dal Servizio Prevenzione e Protezione.

Il Responsabile di tale Servizio provvede a consegnare direttamente agli interessati l’*“Informativa sulla salute e sicurezza nel lavoro agile ai sensi dell’art. 22, comma 1, della Legge 81/2017”*.

I responsabili dei settori comunicano mensilmente l’orario di lavoro svolto dai lavoratori in smart working e attestano che le prestazioni lavorative in regime di lavoro agile sono state svolte, regolarmente ed esaustivamente, secondo le linee di attività individuate.

MODALITÀ ATTUATIVE

Attualmente nell'ambito dell'ASL di Viterbo le attività che possono essere svolte con la modalità agile sono quelle dei settori indicati nella precedente sezione e per le linee di attività compatibili che sono state individuate dai direttori dei settori medesimi.

Le azioni che saranno intraprese per l'accesso alla modalità lavorativa agile sono rappresentate dal potenziamento del sistema di digitalizzazione ed informatico aziendale, dalla diffusione della cultura della modalità agile del lavoro attraverso interventi formativi ed informativi, dal maggiore coinvolgimento del personale dirigenziale in modelli organizzativi basati sulla programmazione e sul controllo degli obiettivi stabiliti e dall'auspicabile esito positivo del ricorso alla modalità agile nella prima annualità sperimentale.

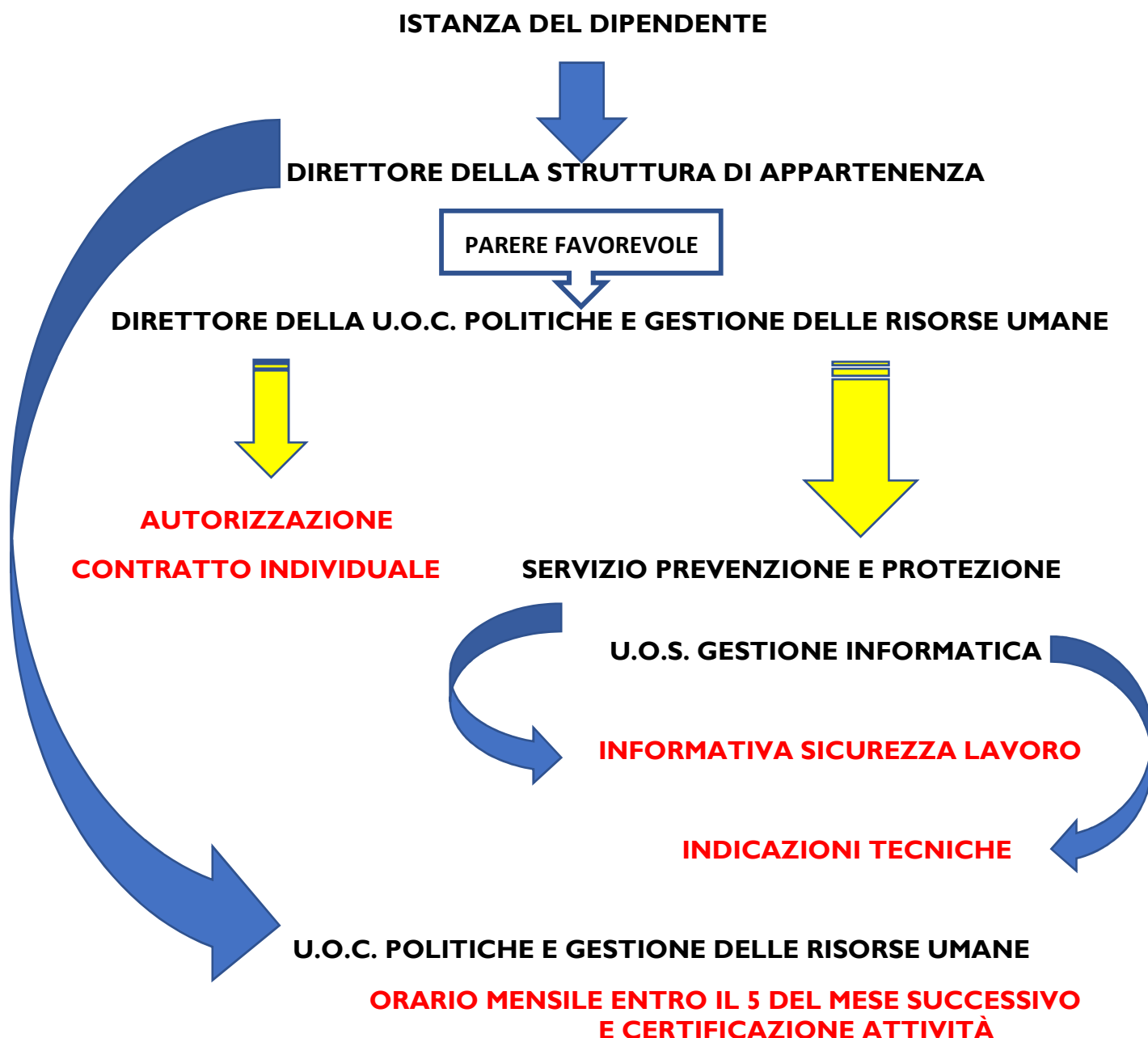
L'ASL di Viterbo, attraverso il lavoro agile, persegue le seguenti finalità:

- a) migliorare la qualità dei servizi erogati all'utenza e potenziando la capacità di risposta nei confronti dei cittadini;
- b) agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- c) favorire la mobilità sostenibile tramite riduzione degli spostamenti tra abitazione e luogo di lavoro;
- d) promuovere una nuova visione dell'organizzazione del lavoro volta a stimolare l'autonomia, la responsabilità e la motivazione dei lavoratori, in un'ottica di incremento della produttività e del benessere organizzativo e personale;
- e) facilitare l'integrazione lavorativa dei soggetti ai quali, per cause dovute a condizioni di disabilità o ad altri impedimenti di natura oggettiva, personale o familiare, anche temporanea, il tragitto casa-lavoro e viceversa risulti particolarmente gravoso, con l'obiettivo di assicurare il raggiungimento di pari opportunità lavorative anche per le categorie fragili;
- f) promuovere e diffondere le tecnologie digitali;
- g) diffondere modalità di lavoro e stili manageriali orientati ad una maggiore autonomia e responsabilità delle persone e sviluppo di una cultura orientata ai risultati;
- h) rafforzare la cultura della misurazione e della valutazione della performance.

Nell'anno 2021, i direttori dei settori sopra elencati hanno revisionato le linee di attività compatibili con la modalità agile e le stesse, unitamente al regolamento allegato (**allegato n. 6**), costituiranno la base per lo svolgimento a regime della modalità agile al lavoro.

Si procederà per ciascuna annualità successiva al 2022 ad effettuare ulteriori revisioni, verificando margini di incremento delle attività suscettibili di lavoro agile.

SOGGETTI, PROCESSI E STRUMENTI DEL LAVORO AGILE



PROGRAMMA DI ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

L'ASL di Viterbo, per l'organizzazione del lavoro agile, attuerà un progressivo potenziamento degli strumenti tecnologici e informatici a disposizione nel corso della fase emergenziale fino al raggiungimento della fase di sviluppo avanzato.

Inoltre, sarà attuato un programma di formazione, prevedendo ed attuando interventi formativi ed informativi finalizzati all'accrescimento di una cultura aziendale del lavoro agile, di un cambio di

mentalità degli operatori del comparto e della dirigenza in ordine all'organizzazione del lavoro, alla definizione degli obiettivi settimanali e/o mensili correlati alle prestazioni e al controllo del loro conseguimento.

L'Azienda verificherà se la modalità lavorativa agile sarà funzionale all'ottimizzazione del lavoro e alla relativa produttività, nonché al benessere dei lavoratori in termini di contemperamento del lavoro con le esigenze personali e familiari.

Per la realizzazione degli obiettivi sopra menzionati vengono individuati i seguenti indicatori:

SALUTE ORGANIZZATIVA

Coordinamento organizzativo del lavoro agile

Monitoraggio del lavoro agile

Help desk informatico dedicato al lavoro agile

Programmazione per obiettivi e/o per progetti e/o per processi e verifica del relativo raggiungimento

% dirigenti/posizioni organizzative che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze direzionali in materia di lavoro agile

% dirigenti/posizioni organizzative che adottano un approccio per obiettivi e/o per progetti e/o per processi per coordinare il personale

% lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sul lavoro agile

% di lavoratori che lavorano per obiettivi e/o per progetti e/o per processi

IMPATTO SOCIALE

Vantaggi conseguiti dall'utenza con la nuova organizzazione del lavoro con modalità agile

Vantaggi conseguiti dal lavoratore con la nuova organizzazione del lavoro con modalità agile

IMPATTO ECONOMICO

Riduzioni costi aziendali (utenze, buoni pasto, materiale di cancelleria, spazi aziendali)

PERCORSI FORMATIVI DEL PERSONALE

| Elemento | Criterio | Indicatore | Standard |
|---|--|--|------------------------|
| Competenze direzionali (capacità di programmazione, coordinamento, misurazione e valutazione del lavoro agile da parte dei Dirigenti di struttura che hanno autorizzato il lavoro agile) | Corso di formazione interna o esterna per l'acquisizione delle competenze direzionali in materia di lavoro agile | % dirigenti/incarichi di funzione organizzativa che hanno partecipato al corso di formazione interna o esterna per l'acquisizione delle competenze direzionali in materia di lavoro agile nell'anno 2021 | ≥70% degli interessati |
| Competenze digitali (capacità di utilizzare le tecnologie) | Corso di formazione interna o esterna per l'acquisizione delle competenze digitali in materia di lavoro agile | % lavoratori che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze digitali utili al lavoro agile nell'anno 2021 | ≥70% degli interessati |

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.

PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

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

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

La Regione Lazio, con determinazione n. GR3906-000003 del 23 agosto 2021, ha approvato il Piano Triennale di Fabbisogno di personale dell'ASL di Viterbo per il triennio 2020-2022 come proposto dall'ASL di Viterbo con note prot. n. 70933 del 23 ottobre 2020 e prot. n. 15890 del 26 febbraio 2021. (**allegato n. 7 e 8**).

FORMAZIONE DEL PERSONALE

In epoca di Pandemia Covid 19 si sono avute forti ripercussioni anche nell'ambito della Formazione aziendale, che per motivi di sicurezza non poteva essere più erogata in modalità Residenziale, ciò ha reso fruibile, grazie anche all'implementazione della Piattaforma FADMED, già attiva prima della pandemia, l'erogazione di corsi di formazione in modalità Formazione a Distanza (FAD) asincrona oppure sincrona (Webinar).

Gli operatori della ASL VT hanno dimostrato una capacità di adeguamento alle necessità contingenti e capacità di riorientamento delle competenze legate al nuovo assetto organizzativo. Ciò ha confermato l'importanza della formazione come un asset vincente per la ripartenza.

Proprio per questo attraverso il piano formativo 2022 si intende seguire il percorso già intrapreso negli ultimi anni che ha permesso di diffondere il valore del "Cooperative Learning", implementando le Comunità di Pratica (CdP) con le relative "gemmazioni" dell'anno precedente. Le CdP sono gruppi di lavoro che facilitano gli scambi di conoscenze tra gli operatori con competenze diverse, gli scambi comunicativi, le esperienze vissute, sostenute anche dalle nuove tecnologie digitali; si sta promuovendo una cultura organizzativa che punta soprattutto a migliorare la qualità della vita lavorativa, andando a potenziare la motivazione e la comunicazione che massimizza di conseguenza le performance e la produttività dell'azienda ma soprattutto l'applicazione di modelli e progetti che nascono dai lavori delle CdP che devono trovare riscontro nell'operatività. Uno specifico focus della formazione sarà inoltre dedicato all'implementazione della definizione e gestione dei percorsi diagnostico terapeutici che rappresentano proprio il principale strumento di presa in carico multi-professionale e multi-disciplinare.

La declinazione degli interventi formativi, correlati alle strategie e obiettivi Nazionali, Regionali e Aziendali interessano vari settori di intervento alcuni di questi sono di seguito indicati:

- A) RETE INTEGRATA OSPEDALE/TERRITORIO
- B) PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE
- C) RISORSE UMANE SETTORE TECNICO AMMINISTRATIVO
- D) RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
- E) MIDDLE MANAGEMENT
- F) PNRR E DIGITALIZZAZIONE
- G) TELEMEDICINA
- H) COMUNICAZIONE

La UOSD Formazione Universitaria, Ricerca ed ECM supporta le strategie della Direzione strategica con l'utilizzo della leva formativa per dare valore al patrimonio di conoscenze e competenze professionali presenti in Azienda, in una visione sistemica della Formazione Aziendale.

Tale visione, può essere 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 *CdP*, *Action learning*, *Training on the job* etc;
- l'utilizzo sperimentale 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;
- un sistema dedicato alla formazione permanente degli operatori sanitari per le attività di emergenza/urgenza con relativa certificazione, al fine di diffondere in modo costante a tutta la platea dei professionisti sanitari aziendali, con diversi livelli di approfondimento, la formazione sulle tecniche di assistenza in emergenza-urgenza. L'obiettivo all'inizio è stato quello di costituire un pool interno all'Azienda di Formatori/Istruttori BLS/D per favorire l'apprendimento in tutti i setting assistenziali che coinvolgono diverse equipe multi professionali, nell'anno in corso l'obiettivo sarà quello di certificare operatori sanitari che prestano servizio nei vari setting di area critica.

Il piano formativo 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 – competenze professionali da acquisire e/o sviluppare)
- vincoli di natura normativa e/o contrattuale

Dimensione nazionale:

In riferimento all'articolo 28 "Obiettivi formativi" comma 3. dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano - La formazione continua nel settore "Salute", la Commissione nazionale individua, in condivisione con il C.T.R., gli obiettivi formativi tenendo conto dei Livelli Essenziali di Assistenza, dei Piani sanitari regionali e delle linee guida di cui all'art. 3 del d.l. n. 158/2012 convertito con modificazioni dalla l. n. 189/2012 e li inserisce in almeno una delle seguenti macroaree:

- obiettivi formativi tecnico-professionali;
- obiettivi formativi di processo;
- obiettivi formativi di sistema.

Gli obiettivi formativi tecnico-professionali

Individuano lo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico-professionali individuali nel settore specifico di attività, consentendo la programmazione di eventi rivolti alla professione o alla disciplina di appartenenza.

Gli obiettivi formativi di processo

Individuano lo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei processi di produzione delle attività sanitarie, consentendo la programmazione di eventi destinati ad operatori ed équipe che operano in un determinato segmento di produzione.

Gli obiettivi formativi di sistema

Individuano lo sviluppo delle conoscenze e competenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari, consentendo la programmazione di eventi interprofessionali, destinati a tutti gli operatori.

Dimensione regionale:

Elencati nel **Decreto del Commissario ad Acta 28 novembre 2019, n. U00485**: Indirizzi per la formazione del personale Aziende del SSR (triennio 2019-2021) nel quale, partendo dall'analisi del bisogno formativo vengono evidenziate AREE FORMATIVE STRATEGICHE a supporto di processi di cambiamento con ricadute organizzative e clinico/assistenziali riportate:

1. Promozione della Salute e Prevenzione
2. Rete Integrata del Territorio
3. Rete Ospedaliera e Specialistica
4. Contenzioso, Affari Legali e Generali
5. Patrimonio e Tecnologie
6. Risorse Umane
7. Medicina di genere
8. Appropriatezza Prescrittiva
9. Middle Management

L'analisi di fabbisogno per l'anno 2022 è stata effettuata come da percorso già consolidato in azienda coinvolgendo tutti i Direttori di Dipartimento, di Distretto, di Presidio e Direttori UOC e comunque tutti i dipendenti avvalendosi di un questionario. Tale processo è stato supportato dai Referenti della formazione precedentemente formati nella progettazione e gestione/organizzazione delle attività formative.

Il **Comitato scientifico** della ASL Viterbo ha provveduto alla disamina e validazione delle diverse proposte formative pervenute dai servizi, discusse successivamente con la Direzione Strategica per la deliberazione finale.

L'Azienda ha aderito, in continuità con gli anni precedenti, al Progetto Valore PA per i corsi di Formazione proposti dalla Regione Lazio in collaborazione con INPS.

L'Azienda si è dotata di un Albo/Elenco permanente nel quale vengono iscritti, previa validazione, i professionisti (persone fisiche) che ne facciano apposita richiesta. L'iscrizione all'Albo/Elenco è gratuita e avviene su richiesta degli interessati, secondo le regole definite da questa Azienda. L'Albo/Elenco è articolato in sezioni equivalenti alle aree formative di interesse dell'Azienda anche in coerenza con gli obiettivi formativi previsti dalla normativa ECM nazionale, e con le aree indicate nei Piani formativi redatti annualmente dall'Azienda. L'Albo si compone di due distinte sezioni riservate: l'una ai Formatori l'altra ai Tutor, in ciascuna sezione sarà annotato se si tratta di Docente interno o esterno all'azienda. Ciascuna sezione è suddivisa per ambito/materia secondo le seguenti macro aree didattiche:

1. Area Formazione Manageriale;
2. Area Qualità e Sicurezza;
3. Area Comunicazione;
4. Area Socio-Sanitaria;
5. Area Tecnico Amministrativa;
6. Area Informatica;
7. Area Veterinaria;
8. Area Prevenzione ed Educazione Sanitaria;
9. Area Emergenza/Urgenza.

| | | |
|-----------------|--------------------------|--|
| PFA 2022 | | |
| N.1 | TITOLO_DEL_CORSO: | CdP: PERCORSO ICTUS PRE-INTRAOSPEDALIERO |
| N.2 | TITOLO_DEL_CORSO: | TECNICHE DI GESTIONE DEL PAZIENTE CRITICO |
| N.3 | TITOLO_DEL_CORSO: | CdP: LE URGENZE IN NEUROSCIENZE DIAGNOSI E TRATTAMENTO DELLA PATOLOGIA NEUROVASCOLARE ACUTA |
| N.4 | TITOLO_DEL_CORSO: | CdP: LA GESTIONE DEI PAZIENTI CON PATOLOGIA NEUROVASCOLARE ACUTA: IL RUOLO DEL PERSONALE NEL COMPARTO |
| N.5 | TITOLO_DEL_CORSO: | CdP: PROGETTO TRANSITIONAL CARE:: DIFFUSIONE E MONITORAGGIO DELL'AGENDA DI DIMISSIONE |
| N.6 | TITOLO_DEL_CORSO: | TRANSITIONAL CARE |
| N.7 | TITOLO_DEL_CORSO: | CdP: PDTA R SM: GESTIONE CLINICA E CONTINUITA' ASSISTENZIALE OSPEDALE/TERRITORIO |
| N.8 | TITOLO_DEL_CORSO: | CdP: STRUMENTI DI GESTIONE DELLA RETE CHIRURGICA |
| N.9 | TITOLO_DEL_CORSO: | CdP:PIANO TERRITORIALE-PRISS, COA, USCAT |
| N.10 | TITOLO_DEL_CORSO: | CdP: LA RETE DELLA DEMENZA DOPO DUE ANNI DI FUNZIONAMENTO E DI COVID |
| N.11 | TITOLO_DEL_CORSO: | CdP: INSIEME PER L'ALLATTAMENTO |
| N.12 | TITOLO_DEL_CORSO: | CdP: COMUNICAZIONE NEI PROGETTI DI PREVENZIONE |
| N.13 | TITOLO_DEL_CORSO: | COMUNICAZIONE PER L'OREINTAMENTO E IL SUPPORTO AI PERCORSI |
| N.14 | TITOLO_DEL_CORSO: | PROCESSI DI COMUNICAZIONE PER IL SUPPORTO ALL'AUTOCURA |
| N.15 | TITOLO_DEL_CORSO: | LA COMUNICAZIONE CON L'UTENZA NEI PUNTI DI ACCESSO TERRITORIALI |
| N.16 | TITOLO_DEL_CORSO: | CdP: IL PIANO DI PREVENZIONE AZIENDALE (PAP): DALLA CABINA DI REGIA ALLO SVILUPPO OPERATIVO |
| N.17 | TITOLO_DEL_CORSO: | CdP: BENESSERE ORGANIZZATIVO-COMUNICAZIONE PER LA RIDUZIONE DEI CONFLITTI INTERNI |

| | | |
|------|-------------------|---|
| N.18 | TITOLO_DEL_CORSO: | ATTIVITA' DI AREA RIABILITATIVA PER L'APPLICAZIONE DELLA DIGITALIZZAZIONE |
| N.19 | TITOLO_DEL_CORSO: | CdP: NODULO TIROIDEO: DALLA DIAGNOSI AL TRATTAMENTO |
| N.20 | TITOLO_DEL_CORSO: | CdP: PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI INTRA ED INTERAZIENDALI. DALLA TEORIA ALLA PRATICA CLINICA: NEOPLASIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO |
| N.21 | TITOLO_DEL_CORSO: | CdP: PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI INTRA ED INTERAZIENDALI. DALLA TEORIA ALLA PRATICA CLINICA: NEOPLASIE POLMONARI |
| N.22 | TITOLO_DEL_CORSO: | CdP: PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI INTRA ED INTERAZIENDALI. DALLA TEORIA ALLA PRATICA CLINICA:NEOPLASIE DEL SNC |
| N.23 | TITOLO_DEL_CORSO: | CdP: PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI INTRA ED INTERAZIENDALI. DALLA TEORIA ALLA PRATICA CLINICA: NEOPLASIE DELL'APPARATO DIGERENTE |
| N.24 | TITOLO_DEL_CORSO: | CdP: PROGETTUALITA' OPERATIVA DELLE AREE TEMATICHE DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE |
| N.25 | TITOLO_DEL_CORSO: | CdP: CRITERI DI SMART WORKING E SISTEMI DI SVILUPPO DELLE AZIONI AMMINISTRATIVE E TRANSIZIONE DIGITALE |
| N.26 | TITOLO_DEL_CORSO: | MIGLIORAMENTO DELLE TECNICHE DIAGNOSTICHE PER L' ASSISTENZA ALLE MALATTIE RARE |
| N.27 | TITOLO_DEL_CORSO: | CdP:VALUTAZIONE PARTECIPATA E AUDIT CIVICI PER LA QUALITA' DEI SERVIZI |
| N.28 | TITOLO_DEL_CORSO: | CdP: LO SVILUPPO DELLE COMPETENZE DEI PROFESSIONISTI IN RELAZIONE ALLA DIGITALIZZAZIONE DEI SITEMI |
| N.29 | TITOLO_DEL_CORSO: | LE BUONE PRATICHE IN SALA OPERATORIA |
| N.30 | TITOLO_DEL_CORSO: | OSSIGENOTERAPIA,ALTI FLUSSI E VENTILAZIONE NON INVASIVA |

| | | |
|------|-------------------|---|
| N.31 | TITOLO_DEL_CORSO: | GESTIONE DEI NUOVI FARMACI ANTIBLASTICI |
| N.32 | TITOLO_DEL_CORSO: | FORMAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO DELLA ASL VT PER RISCHIO SPECIFICO DA MMC DURANTE L'ATTIVITA' LAVORATIVA |
| N.33 | TITOLO_DEL_CORSO: | REVISIONE/INTEGRAZIONE DELLE PROCEDURE NEI SETTORI DI INTERVENTO DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE |
| N.34 | TITOLO_DEL_CORSO: | CORSO DI FORMAZIONE ANTINCENDIO-RISCHIO ELEVATO |
| N.35 | TITOLO_DEL_CORSO: | RETRAINING-FORMAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO DELLA ASL VT PER RISCHIO SPECIFICO DURANTE L'ATTIVITA' LAVORATIVA |
| N.36 | TITOLO_DEL_CORSO: | STRESS LAVORO CORRELATO |
| N.37 | TITOLO_DEL_CORSO: | CORSO SPECIFICO PER L'ESPOSIZIONE A RISCHIO SPECIFICO DA COVID-19 RIVOLTO A TUTTI GLI OPERATORI DELLA ASL VT |
| N.38 | TITOLO_DEL_CORSO: | ORIENTAMENTO ALL'UTENZA: LA COMUNICAZIONE/RELAZIONE CON GLI UTENTI E FAMILIARI NELLA GESTIONE DELL'AGGRESSIVITA' |
| N.39 | TITOLO_DEL_CORSO: | CORSO DI FORMAZIONE IN MATERIA DI SICUREZZA SUL LAVORO IN BASE AL DLGS 81/08 PER I LAVORATORI INDIVIDUATI COME PREPOSTI NEGLI AMBIENTI DI LAVORO DELLA ASL VT |
| N.40 | TITOLO_DEL_CORSO: | CORSO DI FORMAZIONE IN MATERIA DI SICUREZZA SUL LAVORO IN BASE AL DLGS 81/08 PER I DIRIGENTI DELLA ASL VT |
| N.41 | TITOLO_DEL_CORSO: | CORSO DI FORMAZIONE GENERALE IN MATERIA DI SICUREZZA SUL LAVORO IN BASE AL DLGS 81/08 |
| N.42 | TITOLO_DEL_CORSO: | CORSO DI FORMAZIONE IN MATERIA DI SICUREZZA SUL LAVORO IN BASE AL DLGS 81/08 PER I LAVORATORI ESPOSTI A RISCHIO CLASSIFICATO ALTO |
| N.43 | TITOLO_DEL_CORSO: | BLS D 2022 |
| N.44 | TITOLO_DEL_CORSO: | RIANIMAZIONE PEDIATRICA |

| | | |
|------|-------------------|---|
| N.45 | TITOLO_DEL_CORSO: | DONAZIONE ORGANI E TESSUTI: PER NON RIMANERE INDIFFERENTI |
| N.46 | TITOLO_DEL_CORSO: | I PERCORSI RIABILITATIVI |
| N.47 | TITOLO_DEL_CORSO: | DA SIAT A SIATeSS |
| N.48 | TITOLO_DEL_CORSO: | REVISIONE PROCEDURE IN EMODINAMICA |
| N.49 | TITOLO_DEL_CORSO: | LA RADIOLOGIA INTERVENTISTICA |
| N.50 | TITOLO_DEL_CORSO: | LA CARDIO TC |
| N.51 | TITOLO_DEL_CORSO: | REVISIONE DEL CENTRO DI DOCUMENTAZIONE CLINICO GESTIONALE-RISK MANAGEMENT |
| N.52 | TITOLO_DEL_CORSO: | CDCG-RISK MANAGEMENT: RICERCA E SELEZIONE DI MATERIALE SCIENTIFICO BIOMEDICO TRAMITE UP TO DATE |
| N.53 | TITOLO_DEL_CORSO: | LA SEGNALAZIONE CADUTA DEL PAZIENTE E DEGLI INCIDENT REPORTING |
| N.54 | TITOLO_DEL_CORSO: | CORSO BASE DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO |
| N.55 | TITOLO_DEL_CORSO: | MONITORAGGIO E PREVENZIONE DELLE I.C.A. |
| N.56 | TITOLO_DEL_CORSO: | ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL PAZIENTE NEL TRASFERIMENTO IN AMBULANZA |
| N.57 | TITOLO_DEL_CORSO: | GESTIONE DEL PAZ. RONCOPATICO E CON DISTURBI RESPIRATORI NEL SONNO |
| N.58 | TITOLO_DEL_CORSO: | LA TRACHEOTOMIE: ATTO CIRURGICO E GESTIONE DEL PAZIENTE |
| N.59 | TITOLO_DEL_CORSO: | APPLICAZIONE E VALUTAZIONE EFFICACIA ED EFFICIENZA DEL MODELLO DI PSICOTERAPIA STRATEGICA BREVE |
| N.60 | TITOLO_DEL_CORSO: | PSICOPATOLOGIA E DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO SENZA COMPROMISSIONE COGNITIVA: TRA COMORBIDITA' ED ERRORI DIAGNOSTICI. |
| N.61 | TITOLO_DEL_CORSO: | GRUPPO DI MIGLIORAMENTO PER LA GESTIONE DEI CASI CLINICI GIL.A |
| N.62 | TITOLO_DEL_CORSO: | PROCEDURE DIAGNOSTICO TERAPEUTICO NELLE PSICOPATOLOGIE |

| | | |
|------|-------------------|--|
| N.63 | TITOLO_DEL_CORSO: | LA RIABILITAZIONE RESPIRATORIA |
| N.64 | TITOLO_DEL_CORSO: | LA CHIRURGIA VITREORETINICA |
| N.65 | TITOLO_DEL_CORSO: | LA SORVEGLIANZA PASSI E PASSI D'ARGENTO: AGGIORNAMENTO SU STRUMENTI DA LAVORO, MONITORAGGIO ED UTILIZZO DATI |
| N.66 | TITOLO_DEL_CORSO: | CORSO DI AGGIORNAMENTO DI BASE PER OPERATORI REGISTRO TUMORI |
| N.67 | TITOLO_DEL_CORSO: | ORIENTAMENTO E FORMAZIONE SUL CAMPO PER NEO ASSUNTI |
| N.68 | TITOLO_DEL_CORSO: | CONTROLLI UFFICIALI ED ALTRE ATTIVITA' UFFICIALI: CRITERI OPERATIVI E GESTIONE |
| N.69 | TITOLO_DEL_CORSO: | INTERVISIONE SUI CASI CLINICI COMPLESSI |
| N.70 | TITOLO_DEL_CORSO: | REVISIONE DELLE PROCEDURE DI ACCOGLIENZA DEL DSM |
| N.71 | TITOLO_DEL_CORSO: | LA RETE DELLA SALUTE MENTALE NELLA ASL VT: IMPLEMENTAZIONE DEI PROCESSI DI INTEGRAZIONE E DELLA RECOVERY |
| N.72 | TITOLO_DEL_CORSO: | GESTIONE DELLE CONDOTTE A RISCHIO IN SPDC NEL POST COVID |
| N.73 | TITOLO_DEL_CORSO: | STOMIE ISTRUZIONI PER L'USO |
| N.74 | TITOLO_DEL_CORSO: | INGLESE SCIENTIFICO |
| N.75 | TITOLO_DEL_CORSO: | COPING-SQWER-SCUOLA: GESTIRE LE PROBLEMATICHE COMPORTAMENTALI ED EMOTIVE IN CLASSE |
| N.76 | TITOLO_DEL_CORSO: | I CORSI DI ACCOMPAGNAMENTO AL PARTO/NASCITA |
| N.77 | TITOLO_DEL_CORSO: | DEFINIZIONE DI UN PROGRAMMA DI DAILY QC PER IL LINAC VERSA HD DELL'UO DI RT |
| N.78 | TITOLO_DEL_CORSO: | REVISIONE DEGLI SCHEMI DI FRAZIONAMENTO DELLA DOSE IN RT CON L'INTRODUZIONE DELLA CBCT SUL NUOVO LINAC |

| | | |
|------|-------------------|--|
| N.79 | TITOLO_DEL_CORSO: | REVISIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA SICUREZZA DEI LAVORATORI NELLA PREPARAZIONE E SOMMINISTRARZIONE DEI RADIOFARMACI |
|------|-------------------|--|

| | | |
|------|-------------------|---|
| N.80 | TITOLO_DEL_CORSO: | LA SICUREZZA IN RM ALLA LUCE DELLA DETERMINAZIONE DEL MINISTERO SALUTE 2018 |
|------|-------------------|---|

| | | |
|------|-------------------|---|
| N.81 | TITOLO_DEL_CORSO: | PRESA IN CARICO DELLA PERSONA IN PS:ASPETTI COMUNICATIVI E AMMINISTRATIVI |
|------|-------------------|---|

| | | |
|------|-------------------|---------|
| N.82 | TITOLO_DEL_CORSO: | ECOFAST |
|------|-------------------|---------|

| | | |
|------|-------------------|--|
| N.83 | TITOLO_DEL_CORSO: | REVISIONE E IMPLEMENTAZIONE DEGLI STRUMENTI OPERATIVI IN P.S. E MEDICINA D'URGENZA |
|------|-------------------|--|

| | | |
|------|-------------------|---|
| N.84 | TITOLO_DEL_CORSO: | LA GESTIONE DEL PAZIENTE ONCOLOGICO: LA PALLIAZIONE |
|------|-------------------|---|

| | | |
|------|-------------------|-----------------------|
| N.85 | TITOLO_DEL_CORSO: | GLI ACCESSI VASCOLARI |
|------|-------------------|-----------------------|

| | | |
|------|-------------------|--|
| N.86 | TITOLO_DEL_CORSO: | L'ECOGRAFIA CORRELATA ALL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA |
|------|-------------------|--|

| | | |
|------|-------------------|---|
| N.87 | TITOLO_DEL_CORSO: | ATTIVITA' DI CONTROLLO E VIGILANZA PER LA PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI E MALATTIE PROFESSIONALI: ATTIVITA' DI POLIZIA AMMINISTRATIVA E POLIZIA GIUDIZIARIA |
|------|-------------------|---|

| | | |
|------|-------------------|------------------------------|
| N.88 | TITOLO_DEL_CORSO: | LA PREVENZIONE DEL TABAGISMO |
|------|-------------------|------------------------------|

| | | |
|------|-------------------|---|
| N.89 | TITOLO_DEL_CORSO: | METODOLOGIA ANALISI DEI RISCHI CORRUTTIVI IN BASE ALLE MODIFICHE DEL PNA 2019-REVISIONE |
|------|-------------------|---|

| | | |
|------|-------------------|--|
| N.90 | TITOLO_DEL_CORSO: | L'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE |
|------|-------------------|--|

| | | |
|------|-------------------|--|
| N.91 | TITOLO_DEL_CORSO: | LA PROTEZIONE DEI DATI NEL CONTESTO PANDEMICO E POST PANDEMICO |
|------|-------------------|--|

| | | |
|------------------------|--|--|
| PROPOSTE NO ECM | | |
|------------------------|--|--|

| | | |
|-----|-------------------|---|
| N.1 | TITOLO_DEL_CORSO: | FONDI CONTRATTUALI DEI DIPENDENTI E TRATTAMENTO ECONOMICO DEL PERSONALE |
|-----|-------------------|---|

| | | |
|-----|-------------------|--|
| N.2 | TITOLO_DEL_CORSO: | FISCALITA' GESTIONE PAGAMENTI IVA-IRES-IRAP-770-CU |
|-----|-------------------|--|

| | | |
|------------|--------------------------|--|
| N.3 | TITOLO_DEL_CORSO: | FORMAZIONE PROFESSIONALE RPCT- ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA ALLA LUCE DEL PNA |
|------------|--------------------------|--|

| | | |
|------------|--------------------------|--|
| N.4 | TITOLO_DEL_CORSO: | CORSO DI FORMAZIONE IN MATERIA DI SICUREZZA SUL LAVORO IN BASE AL DL 81/08 PER I LAVORATORI ESPOSTI A RISCHIO BASSO |
|------------|--------------------------|--|

| | | |
|------------|--------------------------|--|
| N.5 | TITOLO_DEL_CORSO: | INTERVENTI NORMATIVI DI SEMPLIFICAZIONE E ACCELERAZIONE DELLE PROCEDURE DISCIPLINATE DAL C.C.P. |
|------------|--------------------------|--|

| |
|--|
| TRANSIZIONE DIGITALE PIATTAFORMA E LEARNING |
|--|

| | | |
|------------|--------------------------|--|
| N.1 | TITOLO_DEL_CORSO: | FORMAZIONE SUL SISTEMA DI BACKOFFICE PER LO SVILUPPO DELLE RISORSE E LA FORMAZIONE CONTINUA |
|------------|--------------------------|--|

| | | |
|------------|--------------------------|-----------------------|
| N.2 | TITOLO_DEL_CORSO: | FORMAZIONE CdP |
|------------|--------------------------|-----------------------|

| |
|---|
| CORSI PREVISTI SECONDO INDICAZIONI DEL PNRR: |
|---|

| |
|--|
| - Linea competenze digitali - Linea competenze manageriali - soft skills |
|--|

| | | |
|-------------|--------------------------|--|
| N. 1 | TITOLO_DEL_CORSO: | SYLLABUS, COMPUTER INTERFACE E USO STRUMENTI DIGITALI |
|-------------|--------------------------|--|

| | | |
|-------------|--------------------------|---|
| N. 2 | TITOLO_DEL_CORSO: | STRUMENTI DEL CODICE DI AMMINISTRAZIONE DIGITALE (CAD) |
|-------------|--------------------------|---|

| | | |
|-------------|--------------------------|--|
| N. 3 | TITOLO_DEL_CORSO: | CYBERSECURITY, AWARENESS E GDPR |
|-------------|--------------------------|--|

| | | |
|-------------|--------------------------|--|
| N. 4 | TITOLO_DEL_CORSO: | TELEMEDICINA: COMUNICARE CON LA PERSONA ASSISTITA |
|-------------|--------------------------|--|

| | | |
|-------------|--------------------------|---|
| N. 5 | TITOLO_DEL_CORSO: | PROBLEM SOLVING: PROCESSI E STRUMENTI PER RICONOSCERE E GESTIRE IL CAMBIAMENTO |
|-------------|--------------------------|---|

| | | |
|-------------|--------------------------|--|
| N. 6 | TITOLO_DEL_CORSO: | TEAM WORK: OTTIMIZZARE LE PERFORMANCE INDIVIDUALI E DI GRUPPO |
|-------------|--------------------------|--|

| | | |
|------------|--------------------------|--|
| N.7 | TITOLO_DEL_CORSO: | PROJECT MANAGEMENT: PROATTIVITA', CAPACITA' RELAZIONALE E CONOSCENZA DEL CONTESTO |
|------------|--------------------------|--|

SEZIONE 4 - MONITORAGGIO

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

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

Il controllo strategico

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

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

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

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

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

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

Il controllo di gestione

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

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

negoziati con i titolari dei diversi Centri di Responsabilità. Il controllo di gestione si serve di alcuni strumenti quali la contabilità analitica, il monitoraggio del budget economico, il sistema di reporting,

l'analisi degli scostamenti. Questi strumenti di analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati rilevando l'utilizzazione delle risorse nei processi produttivi dell'Azienda, consentono il controllo dei costi e delle attività – in termini quali/quantitativi - di funzionamento dei singoli centri operativi e la verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati.

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

Il controllo di regolarità amministrativa e contabile

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

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

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

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

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

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

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

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

Il Controllo sulla Integrità ed il Valori Etici

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

Il Controllo di qualità

Il Controllo di qualità ovvero la valutazione e il miglioramento della qualità dei servizi sotto il profilo tecnico

professionale relazionale organizzativo, ambientale ed economico.

Il Controllo delle prestazioni

Il Controllo delle prestazioni da intendersi come la verifica di quanto stabilito dai contratti di lavoro, le prestazioni del personale con qualifica dirigenziale nonché i comportamenti relativi allo sviluppo delle risorse

professionali, umane ed organizzative ad esse assegnate.

La valutazione del personale

Il sistema di valutazione del personale rappresenta uno dei principali meccanismi attraverso i quali l'Azienda

promuove la valorizzazione, la crescita e l'effettivo sviluppo di ogni persona all'interno dell'azienda nell'ambito del ruolo e degli obiettivi assegnati. Il processo di valutazione, sia della dirigenza che del personale del comparto, si basa su un modello definito e formalizzato con specifico Regolamento, a seguito

di accordo con le rappresentanze dei lavoratori e in modo coerente con quanto definito dai contratti collettivi

nazionali.

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

ALLEGATI

1. Tabella dei Piani Operativi
2. Gestione del rischio
3. Misure specifiche per determinate Aree di rischio
4. Schema della Trasparenza
5. Organigramma aziendale
6. Regolamento del lavoro agile
7. Relazione al Piano Triennale di Fabbisogno di personale (note prot. n. 70933 del 23 ottobre 2020 e prot. n. 15890 del 26 febbraio 2021)
8. Piano Triennale di Fabbisogno di personale.