



ASL Brindisi

PugliaSalute

Anno 2024

P.I.A.O.

Piano integrato di attività e organizzazione

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

Contenuto del presente documento:

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

1. Introduzione al documento

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

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

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

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

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

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

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

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

art.3 Sezione Valore pubblico, Performance e Anticorruzione,

art.4 Sezione Organizzazione e Capitale umano,

art.5 Sezione Monitoraggio

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

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

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

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

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

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

Gli obiettivi del PIAO

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

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

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

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

Struttura e contenuti

Il PIAO è strutturato in quattro sezioni:

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

Sezione 1:
Scheda Anagrafica dell'Amministrazione

Chi siamo

L'Azienda Sanitaria Locale BR, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 1-bis D.Lgs. n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, è costituita in Azienda con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale.

L' Azienda Sanitaria Locale BR ha sede legale in Brindisi, via Napoli n. 8, Codice Fiscale e Partita IVA n. 01647800745.

Il Legale Rappresentante dell'Azienda è il Direttore Generale.

Il nuovo Logo Aziendale è il seguente:



Dall'1 gennaio 2020, in attuazione del progetto regionale "Hospitality" è stato modificato il Logo aziendale, con l'obiettivo di definire un sistema identitario comune per l'accoglienza degli utenti e loro familiari nelle strutture sanitarie pubbliche pugliesi.

Il Sito Istituzionale è il seguente: www.asl.brindisi.it con accesso dal Portale Regionale della Salute della Regione Puglia www.sanita.puglia.it.

L'Azienda Sanitaria Locale BR di Brindisi nasce a seguito dell'accorpamento delle sei ex Unità Sanitarie Locali avvenuto nel gennaio 1995, con il quale il territorio di riferimento della nuova Azienda sanitaria viene a coincidere con l'intera provincia di Brindisi. Nel corso del 1996 l'Ospedale "Antonio Di Summa" di Brindisi, scorporato dall'Azienda sanitaria, diviene Azienda Ospedaliera.

Negli anni successivi si avvia e si consolida il nuovo modello gestionale ed organizzativo derivante dal processo di aziendalizzazione della seconda Riforma della Sanità¹.

Nel 2002, a seguito di provvedimento della Giunta Regionale² viene nuovamente modificato l'assetto organizzativo con la reintegrazione nell'Azienda Sanitaria BR/1 dell'ex Azienda Ospedaliera "A. Di Summa", comprendente anche il Centro Motulesi e Neurolesi di Ceglie Messapica, quali centri di eccellenza. I presidi ospedalieri vengono ridotti da sei a tre, secondo la finalità di superare la frammentazione dei presidi a favore dell'alta specialità, e i Distretti Socio- Sanitari da sei a quattro³.

¹ Riferimenti normativi del processo di aziendalizzazione: L. 412/91; L.421/92; D.lgs 502/92; D.lgs 517/93; D. lgs 229/99

² D.G.R. n. 1087 del 2002 "Piano di Riordino della Rete Ospedaliera – Adozione definitiva a seguito di integrazione al progetto di 1° rimodulazione del Piano di cui alla D.G.R. 26 luglio 2002 n. 1086

³ D.G.R. n. 1161 del 2002 "Piano sanitario regionale 2002-2004. Articolazione rete Distrettuale delle Aziende Unità Sanitarie Locali" e successive rimodulazioni.

Cosa Facciamo

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

La promozione della salute

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

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

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

Il consolidamento del Sistema dei controlli in ambito sanitario, socio sanitario e sociale.

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

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

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

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

In coerenza con gli indirizzi regionali l'organizzazione dei servizi amministrativi dell'ASL della Provincia di Brindisi è orientata a porre in atto interventi finalizzati alla razionalizzazione delle attività e alla riduzione della spesa pubblica.

Nell'ambito degli indirizzi di innovazione e rinnovamento della Pubblica Amministrazione, l'Azienda promuove e perseguirà con maggiore determinazione il percorso teso all'applicazione delle innovazioni tecnologiche che si concretizza in un costante potenziamento dell'uso dei processi digitali.

L'osservanza delle norme vigenti impone, peraltro, l'utilizzo delle nuove tecnologie digitali nei processi amministrativi verso i cittadini, incentivando le azioni di trasparenza, responsabilità ed efficienza nell'ottica della semplificazione amministrativa, non solo per pervenire ad una diminuzione dei documenti cartacei e per consentire

un differente utilizzo delle risorse umane, ma anche per avviare una vera e propria evoluzione nella gestione documentale verso la dematerializzazione.

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

Il rafforzamento della comunicazione

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

Visione aziendale

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

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

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

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

Come Operiamo

Nella programmazione delle proprie attività, l'Azienda adotta il metodo della pianificazione strategica, intesa come correlazione fra gli obiettivi predeterminati e le attività da compiere per il loro raggiungimento. Gli obiettivi sono fissati annualmente da disposizioni regionali.

La programmazione, nonostante il contenimento della spesa, disposto dalle normative nazionali e regionali, è sempre mirata a garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e alla predisposizione di una rete efficiente

di servizi in grado di rispondere ai bisogni di salute, con l'impegno, al contempo, di risanare il deficit promuovendo il recupero dell'efficienza nell'utilizzazione delle risorse.

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

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

IDENTITA'

L'azienda Sanitaria in cifre

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

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

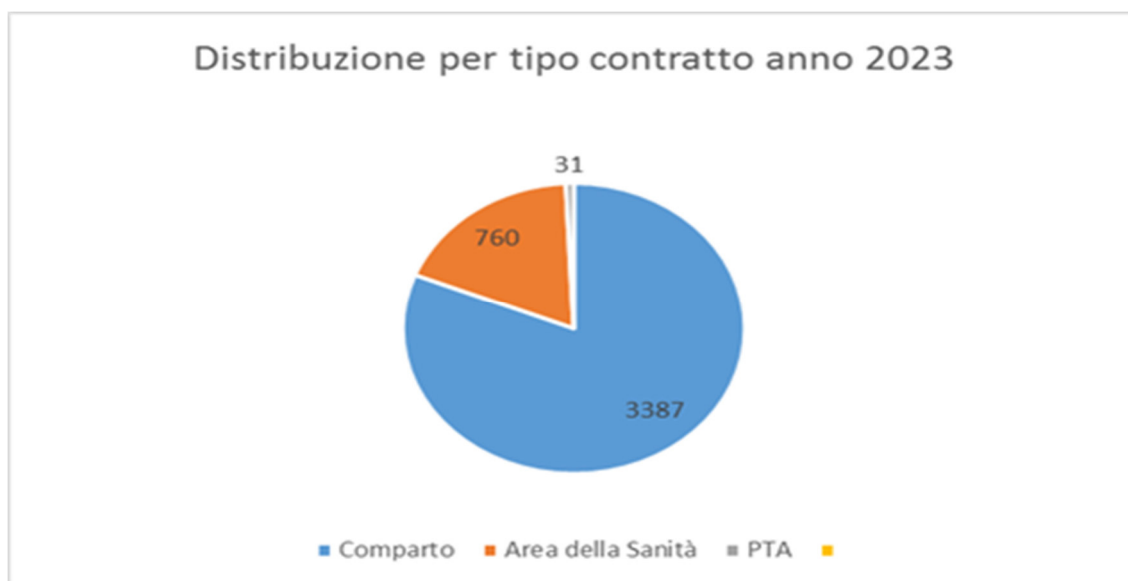
| Anno | Maschi | Femmine | Totale |
|------|---------|---------|---------|
| 2021 | 184.456 | 197.490 | 381.946 |
| 2022 | 184.396 | 196.877 | 381.273 |
| 2023 | 183.723 | 195.799 | 379.522 |

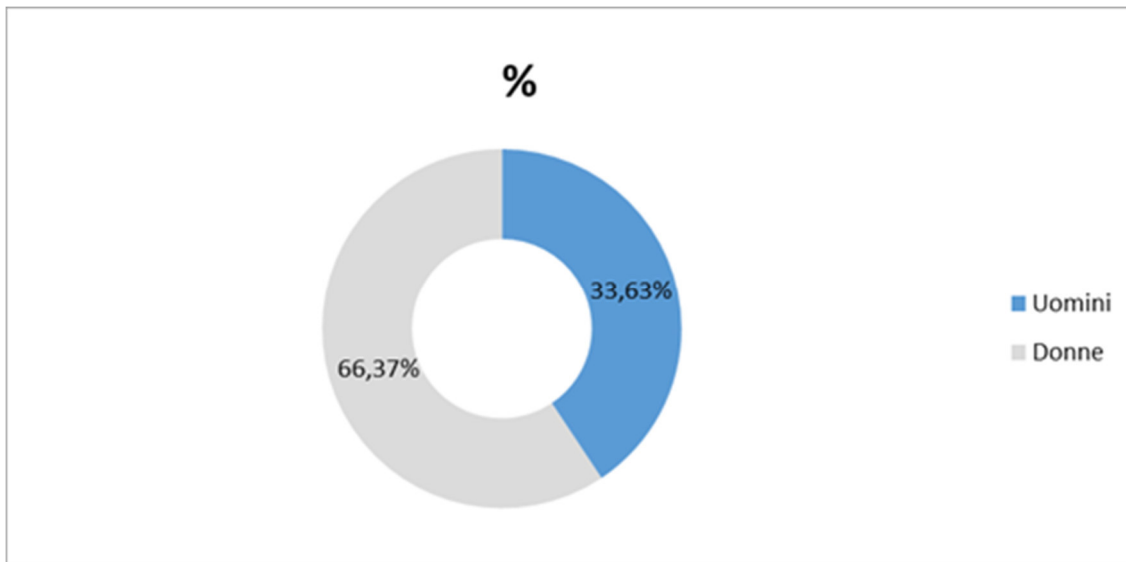
Fonte ISTAT

Risorse Umane

L'analisi dei dati riportati nella Tabella successiva, aggiornati al 31.12.2023, evidenzia una diminuzione della consistenza del personale in servizio rispetto alla data del 31.12.2022. Il personale è suddiviso per tipologia di contratto e per ruolo.

| Tipo contratto | Ruolo | Dipendente | Comando | Totale |
|---------------------------------|------------------------------|-------------|-----------|-------------|
| AREA della Sanità | SANITARIO | 91 | 1 | 92 |
| | SANITARIO MEDICO/VETERINARIO | 669 | 4 | 673 |
| AREA della Sanità Totale | | 760 | 5 | 765 |
| Comparto sanità | AMMINISTRATIVO | 338 | 1 | 339 |
| | PROFESSIONALE | 2 | - | 2 |
| | SANITARIO | 2329 | 24 | 2353 |
| | TECNICO | 718 | 7 | 725 |
| Comparto sanità Totale | | 3387 | 32 | 3419 |
| Dirigenza P.T.A. | AMMINISTRATIVO | 23 | - | 23 |
| | PROFESSIONALE | 8 | - | 8 |
| Dirigenza P.T.A. Totale | | 31 | - | 31 |
| Totale complessivo | | 4178 | 37 | 4215 |





Fonte: Area Gestione del Personale

PIANO DI AZIONI POSITIVE

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

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

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

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

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

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

Allo scopo di raggiungere i predetti obiettivi è stato adottato dall’Azienda il POLA (Piano Organizzativo Lavoro Agile) per consentire una migliore conciliazione dei tempi vita-lavoro dei dipendenti pubblici ed è anche in fase di studio il Piano di Azioni Positive, contenente gli obiettivi da perseguire e le azioni positive da mettere in atto per il loro raggiungimento.

Strutture

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

- N. 3 Presidi Ospedalieri: con all’interno 3 stabilimenti Ospedalieri;
- N. 3 Strutture Private Accreditate: di cui una, il San Raffaele di Ceglie, è una struttura pubblica, funzionalmente incardinata al Perrino di Brindisi, ma a gestione privata;
- N. 4 Distretti Socio-Sanitari: con all’interno 5 PTA;
- N. 15 Dipartimenti: Prevenzione, Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Medico, delle Direzioni Mediche dei Presidi Ospedalieri, Farmaceutico, Assistenza Territoriale, Onco-Ematologico-Radioterapico-Radiodiagnostico, Emergenza-Urgenza, Chirurgico-Ricostruttivo, Medicina di Laboratorio, Materno-Infantile, Cardio-Pneumologico-Riabilitativo, Giuridico-Amministrativo; Beni e Servizi;
- N. 1 Struttura Sovradistrettuale: Servizio Pneumologico.

Mandato Istituzionale e missione

Mandato istituzionale e riferimenti normativi

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

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

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

A livello regionale e locale, si evidenziano:

- **la Legge n. 25 del 03.08.2006 "Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale"**, che ha influito sull'organizzazione interna delle Aziende Sanitarie, con nuove funzioni attribuite al Collegio di Direzione e il potenziamento del Distretto Socio-Sanitario e dei Comitati Consultivi Misti.
- **Il Piano Attuativo Locale aziendale adottato nel 2009** dalla ASL BR in applicazione delle direttive contenute nel Piano Regionale di Salute 2008-2010.
- **Il Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010-2012**, adottato dalla Regione Puglia a seguito dell'Accordo Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 - Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 - al fine di ristabilire l'equilibrio economico finanziario delle regioni in deficit.

Missione

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

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

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

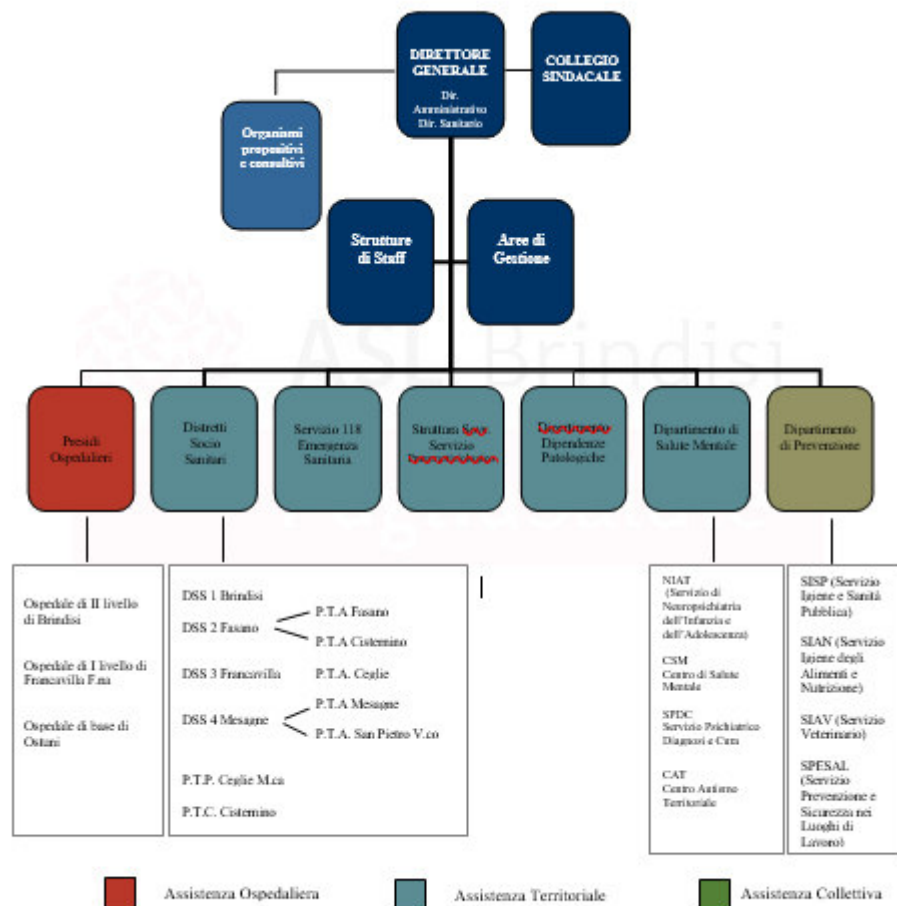
L'Azienda Sanitaria Locale di Brindisi, nel perseguimento dei fini istituzionali,

- rivolge un'attenzione continua al cittadino ed ai bisogni che questi esprime, quale elemento determinante ai fini delle politiche aziendali;
- agisce con efficienza, tempestività ed economicità;
- orienta la propria azione al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni offerte e dell'efficienza dei Servizi, attraverso il consolidamento delle buone prassi, l'innovazione, anche tecnologica, essenziale per i continui cambiamenti del contesto in cui opera.

ANALISI DEL CONTESTO

Analisi del contesto Interno

ORGANIGRAMMA ASL BR



ORGANI DI GOVERNO E DIREZIONE STRATEGICA

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

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

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

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

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

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

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

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

- Il Direttore Amministrativo è responsabile dei servizi amministrativi di gestione. Esercita funzioni di indirizzo e verifica dell'attività svolta al fine di garantire il rispetto delle regole di legalità, imparzialità, buon comportamento, efficace utilizzazione delle risorse, razionalità delle procedure.

- Il Direttore Sanitario è responsabile della definizione delle linee strategiche e della direzione del governo clinico avvalendosi della collaborazione dei dirigenti delle strutture sanitarie. Il Direttore Sanitario, nell'esercizio delle funzioni proprie o delegate, e segnatamente nell'ipotesi di vacanza dell'ufficio di Direttore Generale, agisce in stretta collaborazione con il Direttore Amministrativo per assicurare la massima integrazione operativa fra area sanitaria e area amministrativa dell'Azienda.

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

ORGANISMI PROPOSITIVI E CONSULTIVI

La Conferenza dei Sindaci

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

Svolge le seguenti funzioni:

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

Il Comitato Etico

Costituito con disposizione del Direttore Generale, che ne definisce la composizione, è l'organismo deputato alla riflessione e al confronto sulle tematiche bioetiche e allo svolgimento di compiti di sensibilizzazione, formazione e consulenza interna sulle tematiche stesse.

Il Comitato Etico, in particolare, esamina, per i medesimi aspetti, casi specifici sottoposti da parte di singoli operatori, di articolazioni organizzative, di Cittadini, di associazioni, di istituzioni, esprimendosi in merito; valuta protocolli terapeutici e diagnostici, pratiche assistenziali ed eventuali atti aziendali a carattere generale. Svolge anche funzioni in materia di sperimentazione clinica del farmaco. Ai sensi del DM 12/05/06 il Comitato Etico deve garantire le qualifiche e l'esperienza necessarie a valutare gli aspetti etici, scientifici e metodologici degli studi proposti. Il Comitato deve comprendere: 2 clinici, 1 medico di medicina generale/ territoriale e/o 1 pediatra di libera scelta, 1 biostatistico, 1 farmacologo, 1 farmacista, il direttore sanitario, 1 esperto in materia giuridica e assicurativa o 1 medico legale, 1 esperto di bioetica, 1

rappresentante del settore infermieristico ed 1 rappresentante del volontariato per l'assistenza e/o associazionismo di tutela dei pazienti.

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

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

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

L'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance sostituisce, a tutti gli effetti, il Nucleo di Valutazione Aziendale. Tale Organismo (OIV) è nominato dall'organo di Indirizzo Politico- Amministrativo (Direttore Generale), previo parere favorevole della Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche - Autorità Nazionale Anticorruzione (CIVIT). L'incarico ha durata triennale e può essere rinnovato una sola volta. L'OIV è composto da n. 3 componenti dotati dei requisiti stabiliti dalla normativa, con particolare riguardo alla prescritta elevata professionalità ed esperienza, maturata nel campo del management, della valutazione della Performance e della valutazione del personale delle amministrazioni pubbliche. L'O.I.V. supporta la Direzione Generale nella definizione degli obiettivi strategici e nell'individuazione delle responsabilità ad essi connesse, favorendo l'allineamento dei comportamenti del personale alla missione dell'organizzazione, attraverso il Sistema di misurazione e valutazione aziendale e a tal fine renderà noti al personale gli obiettivi di Performance e curerà la regolare comunicazione sullo stato di raggiungimento degli stessi.

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

Istituito nel marzo 2004 su direttive dell'ARES Puglia, il Comitato Consultivo Misto ha l'obiettivo di garantire la partecipazione democratica del cittadino e disciplinare rapporti di collaborazione efficaci e continuativi con le associazioni di volontariato, funzionali al miglioramento della qualità dei servizi. È composto da parte ASL (Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Struttura di Informazione e Comunicazione

Istituzionale, Servizio Socio-Sanitario) e Associazioni di volontariato ed Organismi di Tutela accreditati. Articolato al suo interno con organi che svolgono differenti funzioni, è presieduto dal Direttore Generale ed ha funzioni propositive e consultive.

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

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

MODELLO ORGANIZZATIVO

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

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

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

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

L'Azienda sanitaria definisce un assetto organizzativo che tiene conto del necessario collegamento tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale, tra assistenza sociale e assistenza sanitaria.

A) ASSISTENZA COLLETTIVA

Dipartimento di Prevenzione

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

Svolge le principali funzioni:

- Controllo delle malattie infettive;
- erogazione vaccinazioni;
- studia i rischi per la salute che derivano dall'inquinamento dell'aria, delle acque e del suolo,
- tutela la salute nei luoghi di vita e di lavoro (abitazioni, ristoranti, alberghi, scuole, uffici, fabbriche, officine, campi);
- sorveglia gli allevamenti per evitare le malattie degli animali;
- controlla gli alimenti e le bevande dal punto di vista dell'igiene;
- promuove l'educazione alla salute;

- svolge visite mediche nel campo della Medicina legale.

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

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

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

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

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

In particolare, garantisce le seguenti funzioni:

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

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

Il Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione ha come compito fondamentale la tutela della salute della popolazione per gli aspetti legati all'alimentazione; si occupa pertanto della tutela della salute del cittadino consumatore, provvedendo al controllo sulla qualità e sicurezza degli alimenti ed a contrastare i fattori di rischio nutrizionale attraverso l'informazione e l'educazione sanitaria del cittadino e della

popolazione nel suo complesso, nonché attraverso la formazione rivolta a tutto il personale preposto alla produzione e distribuzione di alimenti e bevande.

In particolare, garantisce le seguenti funzioni:

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

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

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

Garantisce le seguenti funzioni:

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

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

- S.I.A.V. A Sanità animale

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

Garantisce le seguenti funzioni:

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

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

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

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

Garantisce le seguenti funzioni:

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

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

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

Garantisce le seguenti funzioni:

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

I diversi Servizi del Dipartimento di Prevenzione hanno una differente articolazione sul territorio per l'offerta delle attività rivolte ai Cittadini ed alle aziende. La struttura che ha una distribuzione più capillare è il Servizio Igiene e Sanità Pubblica che è organizzato in 6 Unità Operative Semplici a valenza Territoriale (Brindisi, Fasano, Ostuni, Francavilla Fontana, Mesagne, San Pietro Vernotico) con ambulatori per le vaccinazioni e le certificazioni medico legali presenti in ogni comune.

B) ASSISTENZA TERRITORIALE

I Distretti Socio-Sanitari

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

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

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

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

- **Distretto n.1** – Brindisi - sede distrettuale
- Comuni afferenti: Brindisi, S. Vito dei Normanni
- **Distretto n. 2** – Fasano - sede distrettuale – PTA Fasano e PTA Cisternino
- Comuni afferenti: Fasano, Cisternino, Ostuni
- **Distretto n. 3** – Francavilla Fontana - sede distrettuale – PTA Ceglie M.ca

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

Dipartimento di Salute Mentale

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

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

L'assetto organizzativo del Dipartimento include:

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

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

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

n. 4 Centri di Salute Mentale (CSM)

I CSM, coincidenti con i territori dei Distretti di Brindisi, Fasano, Mesagne e Ceglie esercitano le attività preventive, terapeutiche e riabilitative raccordandosi con gli altri Servizi Sanitari presenti nel territorio e con i servizi Sociali Territoriali. Essi sono dotati di servizi aperti nelle 12 ore e di una rete di strutture riabilitative a diversa intensità assistenziale.

n. 1 Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Territoriale (NIAT)

Il NIAT articolato in 6 Centri, con sede in Brindisi, Fasano, Carovigno, Francavilla F.na, Latiano, Cellino S. Marco, garantisce l'assistenza ai soggetti compresi tra 0-18 anni affetti da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali, nonché da disturbi della sfera neurologica e psichica; eroga quindi, prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, finalizzate al recupero funzionale, scolastico, sociale e lavorativo qualunque sia la causa invalidante o eziologica.

Il NIAT ha adottato dal 21/12/2001 il Sistema Qualità certificato UNI EN ISO 9001:2000, N.CERT-09804-2001 AQ-BRI-SINCERT.

n. 1 Centro Autismo Territoriale (CAT)

Il Centro Territoriale per l'Autismo (CAT) che differisce dal Dipartimento di Salute Mentale, nasce come Servizio all'interno della rete assistenziale territoriale sanitaria per i Disturbi dello Spettro Autistico (DSA), così come previsto dal Regolamento Regionale n,9 dell'8 Luglio 2016. E' prevista un'equipe multiprofessionale dedicata sia all'Età Evolutiva che per l'Età adulta, garantendo la continuità assistenziale tra i Servizi per l'Età Evolutiva e i Servizi per l'Adulto.

Insiste sul territorio della ASL BR anche una struttura, La Nostra Famiglia, con sedi operative in Ostuni, Brindisi e Lecce, che eroga prestazioni di riabilitazione extra-ospedaliera, nella branca della Neuropsichiatria Infantile, sia in forma ambulatoriale che residenziale e semi residenziale.

Dipartimento per le Dipendenze Patologiche

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

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

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

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

Struttura Sovradistrettuale Servizio Pneumotisiologico

Il Servizio Pneumotisiologico attua un percorso assistenziale attraverso la rete di risorse presenti nel Territorio per garantire la prevenzione e cura delle malattie respiratorie secondo linee guida e protocolli clinici concordati tra tutti gli operatori.

Al Servizio Pneumotisiologico fanno capo gli Ambulatori Pneumologici Territoriali distribuiti sul territorio della ASL: Brindisi (sede principale), Mesagne, Francavilla Fontana, Ceglie Messapica, Ostuni.

Si è inteso creare una rete uniforme, organizzata e coordinata delle prestazioni pneumologiche sul territorio di riferimento, attraverso i vari ambulatori pneumologici che offrono:

- attività ambulatoriale di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie respiratorie;
- prevenzione, diagnosi e cura della TB, nonché sorveglianza delle categorie a rischio;
- educazione sanitaria rivolta ai pazienti per il training all'autogestione della patologia respiratoria (scuola asma, BPCO, allergia);
- attività di informazione rivolta alla popolazione, con interventi nelle scuole e realizzazione di specifici corsi di formazione per MMG;
- centro per la prevenzione e la cura del tabagismo (Centro antifumo);
- prescrizione e monitoraggio della ossigenoterapia a lungo termine;
- assistenza Respiratoria Domiciliare per i pazienti in OLT e in ventilazione meccanica domiciliare;
- pneumologia Riabilitativa ambulatoriale;
- polisonnografia domiciliare;
- ambulatorio di Fisiopatologia Respiratoria.

Sono stati attivati, altresì, degli ambulatori di Pneumologia Riabilitativa, operativi presso le sedi di Mesagne, Brindisi, Francavilla Fontana, dove si effettuano i seguenti trattamenti di pneumologia riabilitativa (individuali e di gruppo):

- Riallenamento allo sforzo;
- Disostruzione bronchiale;
- Esercizi respiratori;
- Programmi educazionali;
- Riabilitazione in pazienti con cannula tracheostomica;
- Ventilazione meccanica.

Servizio Emergenza-Urgenza Sanitaria 118

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

situazioni di emergenza o urgenza, rivolgendosi alle altre articolazioni dell'assistenza sanitaria sul territorio in tutti gli altri casi.

Sul territorio provinciale sono attive 18 Postazioni territoriali: 11 "Mike" medicalizzate (ALS) e 7 "Victor" non medicalizzate (BLS):

- Area Nord: Fasano – Mike, Ostuni – Mike, Cisternino – Mike, Ceglie M. – Mike, S. Vito dei Normanni – Mike, Speciale, Carovigno.
- Area Sud: Brindisi-Perrino – Mike, Brindisi-Centro – Mike, Brindisi-Porto, S. Pietro V.co – Mike, Mesagne – Mike, Francavilla F. – Mike, Torre S. Susanna. – Mike, Oria, Latiano, Sandonaci, S. Pancrazio Salentino

C) ASSISTENZA OSPEDALIERA

Presidi Ospedalieri

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

Sono finalità dei Presidi e delle loro articolazioni:

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

Sono sedi di Presidio Ospedaliero operative presso la ASL di Brindisi:

- Ospedale di II livello di Brindisi;
- Ospedale di I livello di Francavilla Fontana;
- Ospedale di base di Ostuni.

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

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

I Sistemi di controllo

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

Il Sistema dei controlli interni è lo strumento che supporta gli organi di vertice nel conseguimento degli obiettivi aziendali di efficienza, economicità e trasparenza. Ne fanno parte:

- **Controllo di gestione**
- **Controllo della qualità delle prestazioni**

- **Reporting** (attività che consente ad aziende sanitarie pubbliche e Regione di condividere in modo sistematico, organizzato e cadenzato i dati di monitoraggio e di controllo della spesa sanitaria).

Al fine di garantire la qualità delle prestazioni direttamente erogate e la sicurezza degli Assistenti, operano nell'ambito del Sistema di controllo la Struttura Qualità, in staff al Direttore Generale e il Risk Management, afferente al Direttore Sanitario.

Il **Sistema informativo** si conferma come supporto fondamentale per la gestione del Sistema complesso di governo della sanità. Lo sviluppo del Sistema informativo è rivolto al miglioramento della gestione dei servizi, all'ottimizzazione delle procedure organizzative e alla razionalizzazione dell'uso delle risorse.

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

L'evoluzione normativa nel Sistema dei controlli:

- Il D. Lgs. n. 502/1992 all'art. 15, commi 5 e 6, prevede quali organismi preposti alla verifica dei dirigenti il Collegio Tecnico e il Nucleo di Valutazione. Il D.Lgs. n. 229/1999, riformulando la disciplina della dirigenza sanitaria, presuppone un preciso Sistema di verifiche articolato secondo le responsabilità professionali e di gestione attribuite al personale dirigenziale.

Il Collegio Tecnico procede alla verifica:

- Delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti da parte di tutti i dirigenti con cadenza triennale;
 - Dei dirigenti titolari di incarico di Direzione di struttura complessa o semplice alla scadenza dell'incarico loro conferito;
 - Dei dirigenti di nuova assunzione ai fini del conferimento di incarico, al termine del primo quinquennio di servizio.
- Il D. Lgs. n. 150 /2009, ha stabilito che ogni Amministrazione deve dotarsi di un **Organismo indipendente di Valutazione delle Performance**.
Tale organismo sostituisce i servizi di controllo interno, comunque denominati, di cui al D. Lgs. 30 luglio 1999, n. 286 ed esercita in piena autonomia le attività di seguito indicate:
 - Monitora il funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso;

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

La ASL BR, con Deliberazioni n. 984/2016 ha costituito l'Organismo Indipendente di Valutazione in carica per tre anni, rinnovabili una sola volta. Con Deliberazione n. 1095 del 25.06.2019, attesa la scadenza avvenuta in data 26.06.2019, si disponeva la proroga dell'incarico, nelle more dell'avviso pubblico per l'individuazione dei componenti dello stesso, giusta Deliberazione n.180/2020, successivamente revocato e ribandito con Deliberazione n.2192/2022.

Con successive Deliberazioni n. 1874/2013, n.2308/2013, n. 259/GC/2015, n. 984/2016 e da ultima la n. 2233 del 29.12.2017 è stata costituita altresì, ai sensi dell'art. 14, comma 9° del D. Lgs. n. 150/2009, la Struttura Tecnica Permanente di supporto all'Organismo Indipendente di Valutazione.

Situazione economico finanziaria

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

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

L’ASL elabora il proprio Bilancio di esercizio in ottemperanza alle disposizioni regionali in materia di contabilità ed ai principi contabili nazionali ed alle disposizioni civilistiche.

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

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

Nella tabella seguente, è stato operato un confronto tra i Valori economici rilevati nel Bilancio di esercizio 2022, quelli relativi al “Pre-consuntivo 2023” (non essendo ancora stato adottato il Bilancio Consuntivo per l’esercizio 2023), nonché i dati previsionali iscritti nel Bilancio di Previsione 2024.

| | | valori espressi in € 1.256 | | |
|---|---|-------------------------------|---|---------------------|
| Bilancio Economico Preventivo 2024 | | | | |
| CE III trimestre 2023 proiettato al 31.12.2023 | | -50.270.382 | | |
| Differenza (Minore perdita) | | 50.271.638 | | |
| Spiegazione delle differenze: | | <i>Scostamento al 31.12</i> | <i>CE III trimestre 2023 proiettato al 31.12.2023</i> | <i>Variazione %</i> |
| Maggior | Saldo Assegnazione regionale netta | 52.253.148 | 656.165.755 | 8,0% |
| Maggior | Assegnazione regionale (Assegnazione indistinta ed ulteriori risorse) | 61.287.846 | 721.032.274 | 8,5% |
| Minor | Mobilità attiva | 0 | 38.412.172 | 0,0% |
| Maggior | Mobilità passiva | 9.034.698 | 103.278.691 | 8,7% |
| Maggiori | Valore della produzione al netto dell'assegnazione e mobilità attiva | 2.292.611 | 34.973.455 | 6,6% |
| Minori | A.1) Contributi in c/esercizio | -5.633.603 | 15.929.256 | -35,4% |
| Minori | A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti | 7.496.937 | -7.496.937 | -100,0% |
| Minori | A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti | 0 | 409.869 | 0,0% |
| Minori | A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria | 0 | 4.024.759 | 0,0% |
| Minori | A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi | 0 | 1.532.546 | 0,0% |
| Maggiori | A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) | 193.276 | 3.869.767 | 5,0% |
| Minori | A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio | 0 | 14.808.703 | 0,0% |
| Maggiori | A.9) Altri ricavi e proventi | 236.001 | 1.895.491 | 12,5% |
| Maggior | Costo della produzione al netto della mobilità passiva | 6.161.337 | 724.878.564 | 0,8% |
| Maggiori | B.1) Acquisti di beni | 7.476.197 | 146.550.528 | 5,1% |
| Minori | B.2) Acquisti di servizi | -3.997.369 | 311.309.859 | -1,3% |
| | <i>Minori costi per B.2.A.1) per medicina di base</i> | -70.180 | 45.978.263 | -0,2% |
| | <i>Minori costi per B.2.A.2) per farmaceutica</i> | -3.031.440 | 55.219.936 | -5,5% |
| | <i>Maggiori costi per B.2.A.3) per assistenza specialistica</i> | 184.558 | 20.913.054 | 0,9% |
| | <i>Minori costi per B.2.A.4) per assistenza riabilitativa</i> | -171.734 | 8.422.795 | -2,0% |
| | <i>Minori costi per B.2.A.5) per assistenza integrativa</i> | 0 | 2.602.392 | 0,0% |
| | <i>Maggiori costi per B.2.A.6) per assistenza protesica</i> | 122.958 | 6.147.891 | 2,0% |
| | <i>Minori costi per B.2.A.7) assistenza ospedaliera</i> | -181.727 | 19.879.917 | -0,9% |
| | <i>Minori costi per B.2.A.8) assistenza psichiatrica residenziale e semiresidenz.</i> | -1.761.782 | 20.249.121 | -8,7% |
| | <i>Minori costi per B.2.A.9) Acquisto prestazioni di distribuz. farmaci e File F</i> | 0 | 0 | 0,0% |
| | <i>Minori costi per B.2.A.10) Acquisto prestazioni termali in convenzione</i> | -129.000 | 2.329.303 | -5,5% |
| | <i>Minori costi per B.2.A.11) Acquisto prestazioni trasporto sanitari</i> | 0 | 12.859.465 | 0,0% |
| | <i>Maggiori costi per B.2.A.12) Acquisto prestaz. Socio-Sanitarie a rilevanza sanit.</i> | 2.237.113 | 28.834.842 | 7,8% |
| | <i>Maggiori costi per B.2.A.13) Compar.al personale per att. Libero-prof. (intram.)</i> | 45.000 | 2.545.971 | 1,8% |
| | <i>Minori costi per B.2.A.14) Rimborsi, assegni e contributi sanitari</i> | -2.989.283 | 6.258.346 | -47,8% |
| | <i>Maggiori costi per B.2.A.15) Consulenze, Collabor., altre prest. lavoro sanit. e sociosanit.</i> | 1.748.149 | 1.710.073 | 102,2% |
| | <i>Minori costi per B.2.A.16) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria</i> | 0 | 2.480.908 | 0,0% |
| | <i>Minori costi per B.2.B) Servizi non sanitari</i> | 0 | 74.877.581 | 0,0% |
| Minori costi per | B.3) Manutenzioni e riparazioni | -1.709.493 | 17.163.433 | -10,0% |
| Minori costi per | B.4) Godimento beni di terzi | -6.405 | 5.903.260 | -0,1% |
| Minori costi per | B.5-8) Personale dipendente | -4.118 | 213.375.548 | 0,0% |
| Minori costi per | B.9) Oneri diversi di gestione | 0 | 3.403.606 | 0,0% |
| Minori costi per | B.10-11) Totale Ammortamenti | 0 | 15.042.831 | 0,0% |
| Minori costi per | B.12) Svalutazione dei crediti | 0 | 0 | 0,0% |
| Minori costi per | B.13) Variazione delle rimanenze | -90.798 | 146.222 | -62,1% |
| Maggiori costi per | B.14) Accantonamenti tipici dell'esercizio | 4.493.322 | 11.983.277 | 37,5% |
| Minori | Oneri e proventi finanziari | 0 | 463.192 | 0,0% |
| Minori | Rettifiche di valore di attività finanziarie | 0 | 0 | 0,0% |
| Maggiori | Proventi ed oneri straordinari | 1.887.216 | -1.887.216 | -100,0% |
| Minori | Imposte e tasse | 0 | 15.107.005 | 0,0% |
| Differenza riconciliata | | 50.271.638 | -50.270.382 | -100,0% |

La tabella sopra riportata evidenzia i valori economici previsti per l'esercizio 2024, confrontati con quelli di cui al Preconsuntivo 2023.

Dalla lettura della suddetta tabella si evince, in estrema sintesi, che il risultato economico previsto per il 2024 sarà influenzato:

- positivamente da un maggior saldo dell'assegnazione regionale netta, dai minori costi per spesa farmaceutica, per assistenza psichiatrica residenziale e semiresidenziale, da minori costi per rimborsi, assegni e contributi sanitari.

- negativamente dai maggiori costi per acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria, per consulenze, collaborazioni e altre prestazioni di lavoro sanitario e sociosanitario, per accantonamenti tipici dell'esercizio.

E' opportuno specificare, di seguito, le disposizioni di riferimento utilizzate per la elaborazione del Bilancio Economico Preventivo 2024:

- Disposizioni del Codice Civile.
- Principi Contabili Nazionali (OIC).
- Leggi regionali n. 36 del 28.12.1994 e n. 38 del 30.12.1994 che fissano le norme sull'assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere.
- DGR n. 317 del 1 marzo 2011, ad oggetto: Art. 39 della L.R. n° 4/2010 "Norme in materia di sistemi informativi ed obblighi informativi. Approvazione Scadenziario 2011 e Mappa dei flussi informativi", recepita con apposita Deliberazione del Direttore Generale n. 1856 del 30 giugno 2011, con la quale è stato regolamentato lo scadenziario flussi informativi per adempimenti contabili, affinché sia garantita la tempestività e l'accuratezza dei dati economici trasmessi da tutte le diverse strutture aziendali.
- Delibera del Direttore Generale n. 1856 del 30.06.2011 ad oggetto "Deliberazione della Giunta Regionale n. 317 del 1 marzo 2011, ad oggetto: "Art. 39 della L.R. n. 4/2010 "Norme in materia di sistemi informativi e obblighi informativi". Approvazione Scadenziario 2011 e Mappa dei Flussi Informativi". Regolamentazione scadenziario flussi informativi per adempimenti contabili.
- Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118 ad oggetto "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42".
- D.M. 15 giugno 2012 del Ministero della salute, ad oggetto "Nuovi modelli di rilevazione economica "Conto Economico (CE) e "Stato Patrimoniale" (SP) delle aziende del Servizio Sanitario nazionale", che prevede l'adozione dei nuovi modelli a partire dall'anno 2012.
- Nota prot. AOO_168_0000956 del 08.11.2012 della Regione Puglia - Area Politiche per la promozione della salute, delle persone e delle pari opportunità - Servizio Gestione accentrata finanza sanitaria regionale ad oggetto "Adozione del nuovo piano dei conti unificato di contabilità generale per il SSR" che precisa che "il piano dei conti entra in vigore ufficialmente dal primo gennaio 2013".
- Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 30 marzo 2013 pubblicato sulla gazzetta ufficiale il 15.04.2013 come supplemento ordinario ad oggetto Modifica degli schemi dello Stato patrimoniale, del Conto economico e della Nota integrativa delle Aziende del Servizio Sanitario nazionale.
- Nota prot.AOO_168_000509 del 16.04.2013 della Regione Puglia - Servizio Gestione Accentrata Finanza Sanità, ad oggetto "Accantonamento Ferie non godute - Bilancio d'esercizio".
- Nota prot. AOO_005/000310 del 17.06.2015 dell'Area Politiche per la promozione della salute delle persone e delle pari opportunità, ad oggetto "Conto Economico 2014 – Sistema Informativo NSIS" con cui la Regione Puglia comunicava "...che al fine di non alterare il consolidato nazionale della Sanità, il Ministero della Salute, durante la verifica ai sensi dell'art. 1 comma 174 della legge 311/2004 sul bilancio preconsuntivo 2014, tenutasi il 26 marzo u.s. presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, ha

confermato che nei modelli CE da inserire nel sistema informativo ministeriale (NSIS) vanno escluse le componenti sociali..”.

- Nota prot. AOO_168_2016_1039 del 28.10.2016 della Sezione Gestione Accentrata Finanza Sanitaria Regionale ad oggetto “Modelli CE trimestrali – Obblighi ed adempimenti”.

Di seguito sono quindi riepilogati i valori provvisori dell’assegnazione dell’anno 2024, confrontati con quelli di cui al Preconsuntivo 2023 ed al Bilancio 2022.

| Descrizione | Bilancio Economico Preventivo 2024 | CE III trimestre 2023 proiettato al 31.12.2023 | Bilancio d'esercizio 2022 | Bilancio Economico Preventivo 2024 / CE III trimestre 2023 proiettato al 31.12.2023 | Bilancio Economico Preventivo 2024 / Bilancio d'esercizio 2022 |
|---|------------------------------------|--|---------------------------|---|--|
| | (a) | (b) | (c) | (a-b) | (a-c) |
| (1) <i>Assegnazione indistinta</i> | 754.555.000 | 709.805.036 | 697.302.428 | 44.749.964 | 57.252.572 |
| (2) Mobilità Attiva Intraregionale | 36.077.915 | 36.077.915 | 36.077.915 | 0 | 0 |
| (3) Mobilità Attiva Interegionale | 2.334.257 | 2.334.257 | 2.334.257 | 0 | 0 |
| (4) <i>Totale mobilità attiva (2)+(3)</i> | 38.412.172 | 38.412.172 | 38.412.172 | 0 | 0 |
| (5) <i>Totale mobilità attiva e assegn. (4)+(1)</i> | 792.967.172 | 748.217.208 | 735.714.600 | 44.749.964 | 57.252.572 |
| (6) Mobilità Passiva Intraregionale | 84.841.343 | 79.341.863 | 79.341.863 | 5.499.480 | 5.499.480 |
| (7) Mobilità Passiva Interegionale | 27.472.046 | 23.936.828 | 23.936.828 | 3.535.218 | 3.535.218 |
| (8) <i>Totale mobilità passiva (6)+(7)</i> | 112.313.388 | 103.278.691 | 103.278.691 | 9.034.698 | 9.034.698 |
| (9) <i>Altre assegnazioni regionali</i> | 36.276.657 | 25.372.378 | 41.970.153 | 10.904.279 | -5.693.496 |
| Totale assegnazione netta (5)-(8)+(9) | 716.930.441 | 670.310.896 | 674.406.062 | 46.619.545 | 42.524.379 |

nelle note prot. n. AOO_168/8554 del 06/12/2023, AOO_168/8693 del 04/12/2023 ed infine AOO_168/8719 del 9/12/2023 ad oggetto “Bilancio di Previsione 2024 – Indicazioni per l’adozione. Ulteriori precisazioni” della Sezione Amministrazione Finanza e Controllo del Dipartimento promozione della salute, del benessere sociale e dello sport per tutti della Regione Puglia danno specifiche indicazioni per la predisposizione del Bilancio Preventivo 2024, in particolare come obiettivi programmatici per quanto concerne farmaci, dispositivi medici e tetti delle strutture private accreditate.

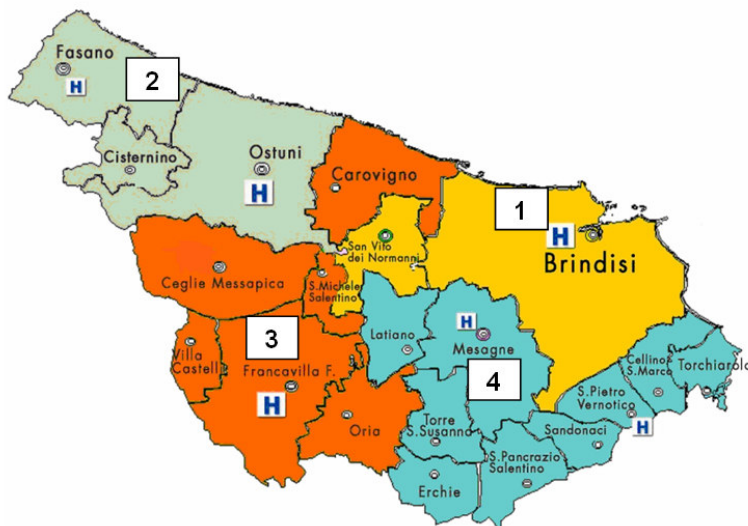
In base alle risultanze di cui al Bilancio Economico Preventivo l’ASL BR nel 2024 potrà garantire all’utenza l’erogazione dei servizi sanitari richiesti, nei limiti dei Livelli Essenziali di Assistenza e delle disposizioni normative vigenti, garantendo l’equilibrio di bilancio.

Analisi del contesto Esterno

Contesto territoriale

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

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



| - Popolazione residente nella Provincia | - 2021 | - 2022 | - 2023 |
|---|-----------|-----------|-----------|
| - Maschi | - 184.456 | - 184.396 | - 183.723 |
| - Femmine | - 197.490 | - 196.877 | - 195.799 |
| - Totale | - 381.946 | - 381.273 | - 379.522 |

Fonte: dati ISTAT

Indicatori Sociodemografici

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

| Comune | Distribuzione della popolazione residente per Comune e per sesso al 1° gennaio | | | | | | | | |
|-------------------------|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | 2021 | | | 2022 | | | 2023 | | |
| | M | F | Totale | M | F | Totale | M | F | Totale |
| Brindisi | 40.159 | 43.531 | 83.690 | 40.026 | 43.291 | 83.317 | 39.860 | 43.023 | 82.883 |
| Carovigno | 8.400 | 8.361 | 16.761 | 8.473 | 8.452 | 16.925 | 8.510 | 8454 | 16.964 |
| Ceglie Messapica | 9.043 | 9.948 | 18.991 | 9.040 | 9.840 | 18.880 | 8.965 | 9.736 | 18.701 |
| Cellino San Marco | 2.945 | 3.282 | 6.227 | 2.924 | 3.246 | 6.170 | 2.900 | 3.197 | 6.097 |
| Cisternino | 5.416 | 5.836 | 11.252 | 5.386 | 5.845 | 11.231 | 5.350 | 5.809 | 11.159 |
| Erchie | 4.005 | 4.271 | 8.276 | 4.034 | 4.252 | 8.286 | 4.008 | 4.223 | 8.231 |
| Fasano | 18.922 | 19.968 | 38.890 | 19.011 | 19.932 | 38.943 | 18.937 | 19.878 | 38.815 |
| Francavilla Fontana | 17.076 | 18.248 | 35.324 | 17.091 | 18.155 | 35.246 | 16.965 | 18.041 | 35.006 |
| Latiano | 6.685 | 7.082 | 13.767 | 6.618 | 7.042 | 13.660 | 6.611 | 6.978 | 13.589 |
| Mesagne | 12.408 | 13.556 | 25.964 | 12.521 | 13.593 | 26.114 | 12.586 | 13593 | 26.179 |
| Oria | 7.058 | 7.572 | 14.630 | 7.041 | 7.528 | 14.569 | 7.015 | 7.515 | 14.530 |
| Ostuni | 14.527 | 15.749 | 30.276 | 14.530 | 15.772 | 30.302 | 14.485 | 15.686 | 30.171 |
| San Donaci | 3.039 | 3.237 | 6.276 | 3.005 | 3.211 | 6.216 | 3.001 | 3.183 | 6.184 |
| San Michele Salentino | 3.025 | 3.145 | 6.170 | 3.009 | 3.125 | 6.134 | 2.989 | 3.100 | 6.089 |
| San Pancrazio Salentino | 4.542 | 4.887 | 9.429 | 4.535 | 4.851 | 9.386 | 4.485 | 4.820 | 9.305 |
| San Pietro Vernotico | 6.254 | 6.860 | 13.114 | 6.300 | 6.856 | 13.156 | 6.243 | 6.785 | 13.028 |
| San Vito dei Normanni | 8.955 | 9.484 | 18.439 | 8.818 | 9.449 | 18.267 | 8.731 | 9.381 | 18.112 |
| Torchiarolo | 2.552 | 2.653 | 5.205 | 2.576 | 2.665 | 5.241 | 2.616 | 2.658 | 5.274 |
| Torre Santa Susanna | 4.956 | 5.250 | 10.206 | 4.954 | 5.197 | 10.151 | 4.958 | 5.180 | 10.138 |
| Villa Castelli | 4.489 | 4.570 | 9.059 | 4.504 | 4.575 | 9.079 | 4.508 | 4.559 | 9.067 |
| Totale | 184.456 | 197.490 | 381.946 | 184.396 | 196.877 | 381.273 | 183.723 | 195.799 | 379.522 |

Fonte: dati ISTAT.

| Popolazione residente per Distretto | 2021 | 2022 | 2023 |
|-------------------------------------|---------|---------|---------|
| - Distretto n. 1 | 102.129 | 101.584 | 100.995 |
| - Distretto n. 2 | 80.418 | 80.476 | 80.145 |
| - Distretto n. 3 | 100.935 | 100.833 | 100.357 |
| - Distretto n. 4 | 98.464 | 98.380 | 98.025 |

| Indicatori demografici della popolazione al 1° gennaio | 2021 | | 2022 | | 2023 | |
|--|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|
| | Brindisi | Puglia | Brindisi | Puglia | Brindisi | Puglia |
| tasso di natalità (per mille abitanti) | 6.3 | 6.7 | 6.6 | 6.7 | | |
| tasso di mortalità (per mille abitanti) | 11.5 | 11.8 | 12.3 | 11.4 | | |
| crescita naturale (per mille abitanti) | -5.2 | -5.1 | -5.7 | -4.7 | | |
| tasso di nuzialità (per mille abitanti) | 3.9 | 3.7 | 4 | 3.7 | | |
| saldo migratorio interno (per mille abitanti) | -1.6 | -1.7 | -3 | -2.9 | | |
| saldo migratorio con l'estero (per mille abitanti) | 2.5 | 2.3 | 2.9 | 2.9 | | |
| saldo migratorio per altro motivo (per mille abitanti) | -1.2 | -0.8 | .. | .. | | |
| saldo migratorio totale (per mille abitanti) | -0.3 | -0.2 | -0.1 | 0 | | |
| tasso di crescita totale (per mille abitanti) | -5.5 | -5.3 | -4.6 | -3.9 | | |
| numero medio di figli per donna | 1.14 | 1.2 | 1.21 | -1.22 | | |
| età media della madre al parto | 31.9 | 32.2 | 31.9 | 32.3 | | |
| speranza di vita alla nascita - maschi | 80.4 | 79.9 | 80.4 | 80.6 | | |
| speranza di vita a 65 anni - maschi | 19 | 18.5 | 18.9 | 19.1 | | |
| speranza di vita alla nascita - femmine | 85 | 84.2 | 84.4 | 84.6 | | |
| speranza di vita a 65 anni - femmine | 22.1 | 21.5 | 21.5 | 22 | | |
| speranza di vita alla nascita - totale | 82.6 | 82 | 82.4 | 82.6 | | |
| speranza di vita a 65 anni - totale | 20.5 | 20 | 20.2 | 20.6 | | |
| popolazione 0-14 anni al 1° gennaio (valori percentuali) - al 1° gennaio | 12.2 | 12.8 | 12 | 12.5 | 11.8 | 12.3 |
| popolazione 15-64 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio | 63.8 | 64.1 | 63.7 | 64.1 | 63.5 | 63.9 |
| popolazione 65 anni e più (valori percentuali) - al 1° gennaio | 24 | 23.1 | 24.4 | 23.4 | 24.7 | 23.8 |
| indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) - al 1° gennaio | 56.7 | 56 | 57.1 | 56.1 | 57.5 | 56.5 |
| indice di dipendenza degli anziani (valori percentuali) - al 1° gennaio | 37.5 | 36.1 | 38.2 | 36.6 | 38.9 | 37.3 |
| indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio | 196 | 181.1 | 203.3 | 187 | 209.8 | 193.6 |
| età media della popolazione - al 1° gennaio | 46.1 | 45.4 | 46.4 | 45.7 | 46.7 | 46 |

Fonte: dati ISTAT

| Popolazione straniera residente al 1 gennaio anni 2021-2023 | | | | | | | | | |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 2021 | | | 2022 | | | 2023 | | |
| Sesso | M | F | T | M | F | T | M | F | T |
| Italia | 2.524.644 | 2.674.250 | 5.171.894 | 2 468 202 | 2 562 514 | 5 030 716 | 2.517.539 | 2.623.802 | 5.141.341 |
| Puglia | 68.893 | 65.547 | 134.440 | 69 254 | 65 919 | 135 173 | 72.793 | 69.352 | 142.145 |
| Brindisi | 6.023 | 5.228 | 11.251 | 5 997 | 5 325 | 11 322 | 6.529 | 5785 | 12.314 |

Fonte: dati ISTAT

Come evincibile dalle precedenti tabelle, nel 2023 il numero di stranieri residenti nella provincia di Brindisi e nel territorio pugliese è aumentato rispetto agli anni precedenti, con riferimento sia agli uomini che alle donne.

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

Sezione 2.1: Valore Pubblico

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

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

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

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

I suddetti provvedimenti, i cui dettagli saranno rappresentati in maniera più specifica nella seguente sezione 2.2 "Piano Triennale della Performance 2023-2025" a cui si rimanda, individuano ed assegnano alle Aziende Sanitarie e Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi.

Sezione 2.2: Piano triennale della Performance 2023-2025

Finalità

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

A tal proposito si evidenzia che l’ASL BR con Delibera del Direttore Generale n.1103 del 06/07/2015 ha adottato il “Sistema di misurazione e valutazione delle performance ai sensi degli artt. 7, 8 e 9 del d.lg.s n. 150/2009 e s.m.i”.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Contenuti

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

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

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

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

Principi generali relativi al Piano

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

Il Piano risulta ispirato ai Principi generali di seguito riportati.

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

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

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

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

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

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

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

Riferimenti Normativi

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

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

- D.lgs. n. 502/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n.421" e ss.mm.ii. di cui in particolare quelle introdotte dal D.Lgs. 299/1999 e Legge di recepimento Regione Puglia 28 dicembre 1994, n.36 "norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del d.lgs. 30 dicembre 1992, n.502"
- Legge n. 232/2016 - "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato".
- Patto per la Salute per gli anni 2014 – 2016;
- Delibera n.88/2010 ANAC "Linee guida per la definizione degli standard di qualità";
- Delibera n.89/2010 ANAC "Indirizzi in materia di parametri e modelli di riferimento del Sistema di misurazione e valutazione della performance";
- Delibera n.104/2010 ANAC "Definizione dei sistemi di misurazione e valutazione della performance entro il 30 settembre 2010";
- Delibera n.112/2010 ANAC "Struttura e modalità di relazione del Piano della performance";
- Delibera n.114/2010 ANAC "Indicazioni applicative ai fini della redazione del Sistema di misurazione e valutazione della performance";
- Delibera n.1/2012 ANAC "Linee guida relative al miglioramento dei Sistemi di misurazione e valutazione della performance e dei Piani della performance";
- Delibera n.4/2012 ANAC "Linee guida relative alla Relazione degli OIV sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni e sull'Attestazione degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità";
- Delibera n.5/2012 ANAC "Linee guida ai sensi dell'art.13, comma 6, lettera b), del D.lgs. n. 150/2009, relative alla struttura e alla modalità di redazione della Relazione sulla performance di cui all'art.10, comma 1, lettera b), dello stesso decreto";
- Delibera n.6/2012 ANAC "Linee guida per la validazione da parte degli OIV della Relazione sulla performance";
- Delibera n.23/2013 ANAC "Linee guida agli adempimenti di monitoraggio degli OIV e alla Relazione degli OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni";

- Delibera n.50/2013 ANAC “Linee guida per l’aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l’integrità 2014-2016”.
- D. Lgs. 97/2016 ANAC “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche” (FOIA TRASPARENZA, accesso agli atti).
- Art. 21 Legge 183/2010 “Deleghe al Governo in materia di lavori usuranti, di riorganizzazione di enti, di congedi, aspettative e permessi, di ammortizzatori sociali, di servizi per l'impiego, di incentivi all'occupazione, di apprendistato, di occupazione femminile, nonché misure contro il lavoro sommerso e disposizioni in tema di lavoro pubblico e di controversie di lavoro”.
- Regione Puglia gli obiettivi di economico gestionali assegnati alle Aziende Sanitari Locali con **Deliberazione n.1558 del 13 novembre 2023**, ad oggetto “Definizione e assegnazione degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. biennio 2023 -2024”.

Nei paragrafi successivi, viene fornita una relazione in ordine ai dati di relativi all’attività assicurata dalle diverse strutture dell’Asl Brindisi. Detti dati si riferiscono agli anni 2022 e 2021 in quanto i dati riguardanti il 2023 sono in corso di consolidamento.

A) ATTIVITA' DI PREVENZIONE

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

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

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

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

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

Con Decreto del Ministero Infrastrutture e Trasporti del 09.08.2013 pubblicato sulla G.U. n. 231 del 02.10.2013 e successivi decreti attuativi, a far data dal 07.01.2014 è entrata in vigore la nuova procedura informatica per il rinnovo delle patenti di guida da effettuarsi con l'ausilio di specifiche strumentazioni. Per tale motivo gli ambulatori per le certificazioni medico legali sono stati dotati di apparecchi elettronici (computer, stampanti multifunzione, lettori ottici per codice a barre, Vision Test) per la valutazione dei nuovi requisiti psico fisici per l'idoneità alla guida dettati dalle recenti modifiche al Codice della Strada.

Si riportano qui di seguito le principali prestazioni erogate dal S.I.S.P. (certificazioni medico-legali, patenti, porto d'armi, adozione, vaccinazioni, contrassegno invalidi, ecc.) nel biennio 2021-2022 così come estratte dal sistema informativo CUP aziendale:

| Codice struttura | Struttura | N. prestazioni | | Valore | | Differenza | | | |
|------------------|---------------------------|----------------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|--------|--------|
| | | Anno 2022 | Anno 2021 | Anno 2022 | Anno 2021 | val. ass. | val. ass. | Var. % | Var. % |
| 1001 | AZ. USL BR1 - UFF. IGIENE | 15805 | 15621 | 314.911 | 340.271 | 184 | -25.360 | 1% | -7% |

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

ATTIVITÀ DI PROFILASSI E SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INFETTIVE E PREVENZIONE VACCINALE

Con riferimento al piano vaccinale si evidenzia che il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale ha uniformato in tutte le Regioni italiane l'offerta vaccinale ed ha raccolto gli impegni assunti da Stato e Regioni nel favorire la

promozione di attività finalizzate alla “prevenzione attiva”, attribuendo allo Stato il ruolo di coordinamento con le Regioni di Piani di sorveglianza, prevenzione attiva e formazione continua degli operatori.

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

Andamento coperture vaccinali:

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

L’analisi e il monitoraggio dei dati relativi alle coperture vaccinali è garantito dalla U.O.S.D. Epidemiologia.

La tabella mostra inoltre che nel corso degli anni si è avuto un notevole miglioramento dell’andamento delle coperture vaccinali, risultato dovuto al capillare lavoro di sensibilizzazione della popolazione, con numerosi eventi rivolti alla popolazione svolti su tutto il territorio della Provincia di Brindisi, facilitati dall’entrata in vigore

dell'obbligo vaccinale.

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

L'attività del Centro si concretizza nel fornire informazione e consulenza ai viaggiatori, con l'indicazione delle precauzioni da adottare in base ai rischi specifici delle destinazioni da raggiungere, oltre all'esecuzione delle vaccinazioni richieste. Il Servizio possiede l'autorizzazione del Dipartimento della Prevenzione del Ministero della Salute ad effettuare la vaccinazione contro la Febbre Gialla (anti-amarillica) ed al rilascio del relativo certificato ad uso internazionale.

Nell'ambito dell'Emergenza COVID-19, il SISP ha effettuato attività di sorveglianza epidemiologica e di contact tracing. Inoltre ha gestito la straordinaria offerta di vaccino anti-SARS-CoV-2 in aggiunta alla normale attività prevista.

CERTIFICAZIONI MEDICO LEGALI

Con Decreto del Ministero Infrastrutture e Trasporti del 09.08.2013 pubblicato sulla G.U. n. 231 del 02.10.2013 e successivi decreti attuativi, a far data dal 07.01.2014 è entrata in vigore la nuova procedura informatica per il rinnovo delle patenti di guida da effettuarsi con l'ausilio di specifiche strumentazioni. Per tale motivo gli ambulatori per le certificazioni medico legali sono stati dotati di apparecchi elettronici (computer, stampanti multifunzione, lettori ottici per codice a barre, Vision Test) per la valutazione dei nuovi requisiti psico fisici per l'idoneità alla guida dettati dalle recenti modifiche al Codice della Strada.

ATTIVITÀ DI SCREENING

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

Con successiva DGR n. 2255 del 28 ottobre 2014 la Regione Puglia ha trasferito formalmente alle ASL competenti le funzioni di primo livello relative ai rispettivi territori, per incardinare definitivamente la responsabilità dell'intera gestione degli screening, rientranti nei LEA, in capo alle Aziende, e di promuovere un diretto coinvolgimento delle stesse in tutte le fasi del procedimento di chiamata attiva, oltre che di presa in carico del paziente nel secondo livello di diagnosi; ha stabilito inoltre che ciascun Dipartimento di Prevenzione si sarebbe fatto carico delle attività di primo livello con lo sviluppo delle azioni coordinate di promozione, sensibilizzazione ed informazione alla popolazione sui programmi di screening oncologici (mammografico, cervicouterino e del colon retto), dando, altresì, mandato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie di procedere alla riorganizzazione interna del servizio e all'adeguamento delle dotazioni organiche specificatamente dedicate per garantire le professionalità necessarie per il compiuto svolgimento di tutte le attività connesse all'esecuzione degli screening oncologici, sulla base delle linee guida allegate al stessa DGR.

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

Nel corso del 2022 si è continuato a dare seguito a quanto programmato con deliberazione n. 2273/2014. È stato potenziato il centro screening aziendale. È stato concluso il primo round della popolazione femminile target dopo la ripartenza dello screening del carcinoma della cervice uterina. È stata consolidata l'organizzazione dei centri di senologia al fine di migliorare l'efficienza dello screening del carcinoma della mammella.

Indicatori Screening Oncologici ASL BR

Fonte: REGIONE PUGLIA - DIPARTIMENTO DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE - Protocollo in USCITA numero: r_puglia/AOO_005/PROT/03/03/2023/0001830

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

| Screening del carcinoma cervico uterino | | |
|--|----------------------|---------------------|
| Anno | Estensione(%) | Adesione (%) |
| 2015 | 16 | / |
| 2016 | 16 | / |
| 2017 | 95,32 | 34,39 |
| 2018 | 113 | 41,55 |
| 2019 | 91 | 34,8 |
| 2020 | 47,83 | 24,65 |
| 2021 | 54,06 | 52,54 |
| 2022 | 141 | 52 |

| Screening del carcinoma del colon-retto | | |
|--|----------------------|---------------------|
| Anno | Estensione(%) | Adesione (%) |
| 2015 | / | / |
| 2016 | / | / |
| 2017 | / | / |
| 2018 | / | |
| 2019 | 17 | 3,8 |
| 2020 | 23,61 | 15,9 |
| 2021 | 40,5 | 23,3 |
| 2022 | 73 | 18 |

E' necessario evidenziare che le attività relative agli screening oncologici hanno subito una riduzione nel corso del 2020 determinata dagli effetti indotti dalla dilagante pandemia Sars-cov2, ma si rileva un notevole incremento delle attività nell'anno 2022.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA "PROGRESSI DELLE AZIENDE SANITARIE PER LA SALUTE IN ITALIA" (PASSI)

Si tratta di una raccolta continua e sistematica di dati che permette di avere informazioni su alcune dimensioni dello stato di salute della popolazione, spesso poco conosciute. Tale progetto costituisce uno strumento per la programmazione e la successiva valutazione degli interventi mirati alla prevenzione di importanti malattie croniche e alla promozione di stili di vita sani.

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

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

TUTELA DELL'AMBIENTE

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

ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE

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

Tale attività rientra nelle competenze del Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) coadiuvata ove se ne ravvisasse la necessità dal Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPeSAL) ed è indirizzata alla verifica delle strutture sanitarie sia per quanto riguarda i requisiti per l'autorizzazione all'esercizio, vale a dire l'atto con il quale alla struttura che eroga servizi e prestazioni sanitarie è consentito l'esercizio dell'attività, previa verifica del possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti, che quelli per l'accreditamento istituzionale, cioè l'atto che conferisce alle strutture sanitarie e ai professionisti lo status di "soggetto idoneo ad erogare prestazioni per conto ed a carico del SSR" e di stipulare accordi con le ASL.

In considerazione del background esperienziale maturato nella materia e dell'enorme carico di richieste pervenute dalla Struttura regionale di riferimento, la struttura UOSD Epidemiologia è stata incaricata di supportare la Direzione del Dipartimento di Prevenzione nel governo delle attività.

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

La Regione Puglia ha incaricato i Dipartimenti di Prevenzione di verificare i requisiti per l'autorizzazione all'esercizio ai sensi dell'art. 8 commi 3 e 5 e ai fini dell'accreditamento ai sensi dell'art. 24 della L.R. n. 9 del 02/05/2017 e s.m.i. di tutte le RSA e i Centri Diurni insistenti nelle province di BR e TA (R.R. n. 4/2019 e R.R. n. 5/2019).

Tutto ciò ha rappresentato un sovraccarico lavorativo che necessita di un ammodernamento e adeguamento dello standard organizzativo del Dipartimento stesso.

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

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

In particolare, garantisce le seguenti funzioni:

- vigilanza, sorveglianza e tutela igienico sanitaria di alimenti di origine vegetale, bevande ed acque potabili nelle attività di produzione, preparazione, deposito, distribuzione, somministrazione, vendita e trasporto;
- vigilanza e sorveglianza nelle attività di stoccaggio, distribuzione e vendita di prodotti fitosanitari;

- sorveglianza epidemiologiche delle malattie a trasmissione alimentare (MTA);
- sorveglianza e prevenzione nutrizionale per collettività e Cittadini ed educazione alimentare;
- controllo micologico e tossicologia alimentare.

| SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE | Anno 2020 | Anno 2021 | Anno 2022 | Variazione 2022 vs 2021 | |
|---|-----------|-----------|-----------|----------------------------|---------|
| | | | | Val.ass | Var.% |
| N° di aziende censite | 8.133 | 8.648 | 8.867 | 219 | 2,5 |
| Controllo Ufficiale | | | | | |
| N° di aziende alimentari ispezionate | 483 | 647 | 712 | 65 | 10,0 |
| N° campionamenti di alimenti eseguiti | 387 | 516 | 523 | 7 | 1,4 |
| N° aziende alimentari con irregolarità | 74 | 83 | 96 | 13 | 15,7 |
| N° provvedimenti sanitari | 67 | 91 | 33 | -58 | - 63,7 |
| N° notizie di reato | 2 | 3 | 4 | 1 | 33,3 |
| Controllo Straordinario | | | | | |
| N° totale ispezioni effettuate (per attività extra piano e progetti mirati) | 36 | 563 | 83 | -480 | - 85,3 |
| N° provvedimenti amministrativi (per attività extra piano e progetti mirati) | 43 | 47 | 26 | -21 | - 44,7 |
| N° segnalazioni per provvedimenti giudiziari - notizie di reato (per attività extra piano e progetti mirati) | 0 | 1 | 1 | 0 | - |
| Funghi epigei freschi | | | | | |
| N° controlli sanitari sui funghi epigei freschi destinati al commercio al dettaglio | 132 | 146 | 153 | 7 | 4,8 |
| Acque destinate al consumo umano | | | | | |
| N° ispezioni sulle acque destinate al consumo umano | 86 | 94 | 104 | 10 | 10,6 |
| N° campionamenti sulle acque destinate al consumo umano | 258 | 318 | 336 | 18 | 5,7 |
| N° campioni di acque destinate al consumo umano irregolari | 14 | 22 | 28 | 6 | 27,3 |
| N° provvedimenti per campioni di acque destinate al consumo umano irregolari | 9 | 12 | 16 | 4 | 33,3 |
| Ricerca di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti | | | | | |
| N° campionamenti eseguiti per la ricerca di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti | 76 | 115 | 118 | 3 | 2,6 |
| N° campioni eseguiti per la ricerca di residui di prodotti fitosanitari irregolari | 1 | 3 | 4 | 1 | 33,3 |
| N° esercizi che commercializzano prodotti fitosanitari in attività | 53 | 82 | 84 | 2 | 2,4 |
| N° esercizi che commercializzano prodotti fitosanitari controllati | 36 | 28 | 22 | -6 | - 21,4 |
| N° di soggetti abilitati alla vendita di prodotti fitosanitari formati ai fini del rinnovo dell'abilitazione alla vendita di P.F. | 16 | 24 | 26 | 2 | 8,3 |
| N° campioni OGM | 8 | 8 | 8 | 0 | - |
| Attività del centro di controllo micologico | | | | | |
| N° di soggetti professionali formati ai fini della raccolta e riconoscimento di specie fungina | 0 | 17 | 23 | 6 | 35,3 |
| N° interventi per intossicazioni da funghi | 9 | 1 | 2 | 1 | 100,0 |
| N° persone intossicate da funghi | 11 | 1 | 6 | 5 | 500,0 |
| N° certificati di commestibilità per il commercio | 121 | 333 | 342 | 9 | 2,7 |
| N° certificati per i privati | 336 | 172 | 198 | 26 | 15,1 |
| Celiachia | | | | | |
| N° Corsi di formazione personale addetto al settore alimentare | 1 | 2 | 5 | 3 | 150,0 |
| N° addetti formati al settore alimentare | 26 | 53 | 100 | 47 | 88,7 |
| Allerte alimentari rapide | | | | | |
| N° Allerte attivate | 2 | 3 | 4 | 1 | 33,3 |
| N° Allerte ricevute | 32 | 83 | 51 | -32 | - 38,6 |
| N° Allerte per esito analitico di fitosanitari non conformi | 1 | 0 | 2 | 2 | #DIV/0! |
| N° Ispezioni per allerte verificate | 117 | 482 | 370 | -112 | - 23,2 |
| N° Provvedimenti amministrativi adottati in seguito ad allerte | 2 | 2 | 5 | 3 | 150,0 |
| N° Notizie di reato in seguito ad allerte | 1 | 0 | 1 | 1 | #DIV/0! |

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

Garantisce le seguenti funzioni:

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

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

Si riportano qui di seguito i dati di attività per gli anni compresi tra il 2019 ed il 2022:

| Attività | Risultato 2019 | Risultato 2020 | Variaz. 2020 vs 2019 | | Risultato 2021 | Variaz. 2021 vs 2020 | | Risultato 2022 | Variaz. 2022 vs 2021 | |
|---|----------------|----------------|----------------------|----------|----------------|----------------------|----------|----------------|----------------------|----------|
| | | | Val. assol. | Valore % | | Val. assol. | Valore % | | Val. assol. | Valore % |
| controllo delle condizioni di lavoro nelle Unità Locali, coincidenti con le Posizioni Assicurate Territoriali così come definite dal sistema "Flussi informativi INAIL-Regioni" | 484 | 329 | -155 | -47% | 301 | -28 | -9% | 434 | 133 | 31% |
| programmi delle aziende e dei cantieri da ispezionare sul territorio aziendale | 173 | 148 | -25 | -17% | 107 | -41 | -38% | 149 | 42 | 28% |
| programmi delle aziende agricole e zootecniche da vigilare | 16 | 5 | -11 | -220% | 14 | 9 | 64% | 44 | 30 | 68% |
| rilascio dei pareri ex art. 65 del D. Lgs 81/08, ex allegato IV punto 1.2.4 del D. Lgs 81/08, ex art. 63 comma 5 del D. Lgs 81/08; | 95 | 86 | -9 | -10% | 78 | -8 | -10% | 93 | 15 | 16% |
| formazione degli operatori SPESAL | SI | SI | | | SI | | | SI | | |
| Progettazione di un laboratorio di igiene industriale | | | | | SI | | | SI | | |
| Assicurare il funzionamento dello sportello informativo per i lavoratori, i datori di lavoro, i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, con particolare riferimento alle microimprese | SI | SI | | | SI | | | SI | | |
| Assicurare l'esame dei ricorsi ex art.41 del D. Lgs 81/08 su istanza di parte del lavoratore o del datore di lavoro | 22 | 23 | 1 | 4% | 32 | 9 | 28% | 33 | 1 | 3% |

U.O.S. Dipartimentale EPIDEMIOLOGIA

La Struttura Dipartimentale è stata istituita con Deliberazione aziendale n° 1085 del 20-06-2017, e vede la sua sede di coordinamento delle attività presso il Dipartimento di Prevenzione sito all'interno del ex P.O. di Fasano.

Le funzioni svolte sono quelle di gestione e analisi dei flussi informativi del Dipartimento oltre che la raccolta e analisi dei dati di salute della popolazione, finalizzati alla predisposizione di report epidemiologici.

Piano attuativo ASL BR del Piano Regionale della Prevenzione

Coordinamento aziendale dei PRP 2014-19 e PRP 2021-25, in collaborazione con i Servizi dipartimentali coinvolti

Emergenza COVID 19

L'U.O.S.D. Epidemiologia ha svolto attività di coordinamento aziendale durante l'emergenza legata alla pandemia da SARS-CoV-2, implementando l'attivazione e il controllo dei flussi informativi da e per le piattaforme di Sorveglianza Integrata e Gestione Epidemiologica a livello nazionale (Sorveglianza Covid-19 – covid-19.iss.it) e regionale (IRIS Puglia).

Simile ruolo di coordinamento, reso più gravoso dalla straordinarietà della campagna vaccinale anti-SARS-CoV-2, è stato assunto per quanto riguarda la piattaforma GIAVA (Gestione Informatizzata Anagrafi Vaccinali).

È stata inoltre svolta una continua attività di reportistica:

- Reportistica "Emergenza COVID-19 e attività di sorveglianza": sono stati prodotti un totale di 131 report sulla Sorveglianza COVID-19, a cadenza settimanale; l'attività è partita dal 8 Novembre 2020, mentre l'ultimo report è stato prodotto in data 7 Maggio 2023.
- Reportistica "Campagna vaccinale Anti-COVID-19": sono stati prodotti un totale di 114 report sulla Campagna vaccinale Anti-SARS-CoV-2, a cadenza settimanale; l'attività è partita dal 17 Marzo 2021, mentre l'ultimo report è stato prodotto in data 10 Maggio 2023.

Sistemi di sorveglianza

- Passi d'argento: è un sistema di sorveglianza che fornisce informazioni sulle condizioni di salute, abitudini e stili di vita della popolazione con 65 e più anni del nostro Paese, e completa il quadro offerto dalla sorveglianza Passi sulla popolazione con 18-69 anni. Passi d'Argento "misura" anche il contributo che gli anziani offrono alla società, fornendo sostegno all'interno del proprio contesto familiare e della comunità.
- 0-2 anni: Il 20 giugno 2022 è stata avviata la seconda raccolta del "Sistema di Sorveglianza 0-2 anni sui principali determinanti di salute del bambino". La Sorveglianza è focalizzata sul monitoraggio di indicatori importanti del bambino nelle prime fasi della vita: dall'assunzione dell'acido folico in epoca peri-concezionale alle azioni raccomandate durante la gravidanza e l'allattamento, oltre ad altri aspetti della salute del bambino piccolo, come le vaccinazioni, la posizione corretta in culla, l'esposizione agli schermi (come TV, tablet e cellulari) e la lettura precoce in famiglia. La Sorveglianza promuove e sostiene la produzione di conoscenza utile alla formazione continua degli operatori socio-sanitari, all'empowerment delle famiglie e delle comunità e all'orientamento della programmazione socio-sanitaria in ambito materno-infantile.

Governance delle azioni di Promozione della Salute nel setting Scuola

Coordinamento regionale delle attività di Promozione della salute. Con riferimento al setting Scuola si è proceduto alla realizzazione di quanto previsto dalla DGR 1702/2011 con la Realizzazione del "Piano Strategico per la Promozione della Salute nella Scuola", giunto alla 11ª edizione.

Nell'A.S. 2022-23 si sono registrate n° 479 adesioni ai programmi da parte degli Istituti scolastici regionali per un totale di 58.759 studenti.

A livello aziendale si è proceduto a coordinare e attuare i seguenti programmi:

- “Adulti e vaccinati: io non credo nella scienza”
- “Muovinsieme: scuola e comunità in movimento”
- “Coloriamo l’influenza”

È predisposto un sistema di rilevazione degli esiti delle azioni progettuali a livello provinciale e regionale, al fine di valutare il raggiungimento degli indicatori di processo e di obiettivo. Con cadenza semestrale vengono prodotti report di attività.

Gestione Flussi informativi

Raccolta dati e trasmissione flussi informativi alle Strutture regionali di riferimento: Assessorato alla Salute, Osservatorio Epidemiologico Regionale

- FLS 18 - Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro
- Modello ministeriale di rilevazione delle coperture vaccinali

Accreditamento Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie

- Supporto alle verifiche delle strutture sanitarie e socio sanitarie aziendali e regionali,
- Componente del gruppo di verifica, in qualità di Valutatore Nazionale, dei Servizi Trasfusionali;
- Coordinamento Dipartimentale attività di verifica ai sensi requisiti per l’autorizzazione all’esercizio ai sensi dell’art. 8 commi 3 e 5 e ai fini dell’accreditamento ai sensi dell’art. 24 della L.R. n. 9 del 02/05/2017 e s.m.i.: RSA e Centri Diurni R.R. n. 4/2019 e R.R. n. 5/2019

Requisiti Organizzativi

- Redazione di Procedure Operative;
- Supporto al processo di informatizzazione del SISP;
- Garantire i rapporti con le strutture regionali.

UOSD “Qualità, Comunicazione, Formazione, Educazione Sanitaria e Promozione della Salute”

L’Unità Operativa si occupa di Programmi di Promozione della Salute, Educazione e Informazione sanitaria nel tempo sviluppati e rivolti sia al setting “scuola”, in applicazione del Piano strategico Regionale per la promozione della salute nella Scuola (Catalogo Regionale), che alla comunità in generale o a specifici gruppi di essa, in esecuzione dei Piani nazionale e regionale della prevenzione.

Si precisa che, lavorando in linea con l’organizzazione scolastica, i dati di seguito riportati sono riferibili all’Anno Scolastico e non all’anno solare come per le altre attività.

I dati descrivono un andamento caratterizzato dalla sospensione delle attività in presenza e dalla riorganizzazione attuata a causa della pandemia da Covid-19.

| Attività Catalogo Piano Strategico Promozione della Salute nella Scuola | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| Anno | Adesioni Catalogo Regionale | Studenti effettivi raggiunti |
| A.S. 2019/2020 | 172 | 13398 |
| A.S. 2020/2021 | 40 | 2122* |
| A.S. 2021/2022 | 46 | 6327** |

*I dati sono riferibili al periodo di lockdown;

** L' Incremento è dovuto ad attività di prevenzione ri-organizzate online.

La fase riorganizzativa, in fase di pandemia, ha richiesto alla suddetta UOSD, i seguenti interventi sul territorio:

- Opuscoli informativi sulle norme di prevenzione del Covid-19 in lingua straniera (arabo e sue declinazioni dialettali maggiormente presenti sul territorio brindisino);
- Attività di Sorveglianza Sanitaria per Covid-19;
- Vaccinazioni Covid-19;
- Prescrizione tamponi per le Case di Cura;
- Campagna di comunicazione per il ritorno a scuola in collaborazione con D.G..

Servizi di Igiene ed Assistenza Veterinaria (S.I.A.V.): SIAV A, SIAV B, SIAV C.

Sanità Animale (SIAV A)

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

Nello specifico:

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

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

- Gli allevamenti ovi-caprini sono tutti ufficialmente indenni per brucellosi ed i controlli vengono effettuati nel rispetto delle normative vigenti. La provincia risulta riconosciuta ufficialmente indenne dalla UE.

- Per la blue tongue (febbre catarrale degli ovini e caprini), il territorio della ASL è monitorato mediante prelievo ematico ad animali sentinella e cattura degli insetti vettori (culicoidi) mediante trappole, all'uopo predisposte, dislocate nelle varie celle sanitarie in cui è stato suddiviso il territorio provinciale.

- Per la sorveglianza delle TSE (encefalite spongiforme trasmissibile) negli ovi-caprini si applica il piano nazionale di genotipizzazione degli arieti, questo per selezionare un patrimonio genetico trasmissibile alla prole al fine da creare greggi resistenti a tale malattia.

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

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

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

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

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

- Animali d'affezione / Controllo randagismo: sono state effettuate attività mirate al controllo e all'identificazione dei cani di proprietà con la registrazione e l'aggiornamento dell'anagrafe regionale. Viene costantemente monitorata la situazione del Randagismo sul territorio, nonostante la cronica carenza di canili sanitari comunali e viene garantita l'assistenza, nel pieno rispetto dei LEA nazionali.

Per quanto attiene alle colonie feline presenti sul territorio provinciale, è in atto un piano di controllo delle nascite. Nel corso del 2022 sono stati sottoposti ad intervento n. 710 soggetti in strutture aziendali di cui all'art 17, comma 2 L.R. 2/2020

Si riportano qui di seguito i dati di attività 2020-2022:

PATRIMONIO ZOOTECNICO:

| | ALLEVAMENTI 2021 | CAPI 2021 | ALLEVAMENTI 2022 | CAPI 2022 | 2022 vs 2021 | | | |
|--------------------------------------|---------------------|--------------|---------------------|--------------|--------------|-----------|-----------|-----------|
| | | | | | Allevamenti | | Capi | |
| | | | | | Var. Ass. | var. % | Var. Ass. | var. % |
| BOVINI | 292 | 7360 | 299 | 7440 | 7 | 2% | 80 | 1% |
| BUFALINI | 5 | 20 | 5 | 21 | 0 | 0% | 1 | 5% |
| SUINI | | | | | 0 | #DIV/0! | 0 | #DIV/0! |
| Riproduzione (ciclo aperto e chiuso) | 72 | 1110 | 95 | 1306 | 23 | 32% | 196 | 18% |
| Autoconsumo | 105 | 210 | 96 | 192 | -9 | -9% | -18 | -9% |
| OVINI-CAPRINI | 424 | 22436 | 419 | 20447 | -5 | -1% | -1989 | -9% |
| EQUINI | 1805 | 2835 | 1823 | 1905 | 18 | 1% | -930 | -33% |
| POLLAME | | | | | 0 | #DIV/0! | 0 | #DIV/0! |
| Riproduzione linea uovo | 24 | 185213 | 28 | 205386 | 4 | 17% | 20173 | 11% |
| Allevamento familiare | 33 | 730 | 35 | 750 | 2 | 6% | 20 | 3% |
| RATITI | 1 | | 1 | | 0 | 0% | 0 | #DIV/0! |
| API | arnie 152 | 222 | 171 | arnie 283 | #VALORE ! | #VALORE ! | #VALORE ! | #VALORE ! |
| PESCOLTURA | 2 | | 2 | | 0 | 0% | 0 | #DIV/0! |
| LAGOFORMI | | | 3 | 820 | 3 | #DIV/0! | 820 | #DIV/0! |
| CAMELIDI | | | 4 | | 4 | #DIV/0! | 0 | #DIV/0! |
| CANILI SANITARI | 5 | 51 | 6 | 92 | 1 | 20% | 41 | 80% |
| CANILI RIFUGIO | 10 | 1060 | 10 | 884 | 0 | 0% | -176 | -17% |

Il Piano Locale dei Controlli, ha quale obiettivo principale la definizione dei criteri e degli obiettivi di orientamento e miglioramento della programmazione dell'attività di controllo ufficiale rivolto alla garanzia della sicurezza alimentare dell'intera filiera ivi comprese la sanità e il benessere della popolazione animale. Per tale motivo il Piano è stato predisposto, nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione, in un quadro più ampio di prevenzione e promozione della salute e in linea con le indicazioni della Regione Puglia.

In quest'ottica si è provveduto, quindi, a redigere il vigente Piano, in relazione a quanto disposto con le Deliberazioni di Giunta Regionale n. 928/2014 e n.47/2015, quale documento di attuazione locale. Gli obiettivi del Piano Locale dei Controlli per il 2019 - 2022 concordano, a livello locale, con gli obiettivi e le indicazioni regionali, nazionali e comunitarie in materia di controlli ufficiali, al fine di garantire la sicurezza alimentare delle produzioni di filiera e

verificare la conformità e il rispetto della normativa in materia di igiene e sicurezza degli alimenti, alimentazione animale, benessere e sanità animale. Attraverso il coordinamento e l'integrazione funzionale dei Servizi SIAV-A e SIAV-C, che concorrono alla sicurezza alimentare, viene perseguito l'obiettivo del miglioramento delle azioni sanitarie, sia in termini di efficacia che di efficienza e del controllo completo e integrato dell'intera filiera alimentare. Gli obiettivi specifici del presente Piano costituiscono parte integrante degli obiettivi strategici e generali individuati nell'Atto Aziendale volti a garantire la tutela della salute collettiva attraverso la rimozione o la riduzione dei fattori di rischio e, nel caso specifico, sia da consumo di alimenti che da contatto con animali e, inoltre, fornire risposte unitarie ed efficaci ai bisogni.

Il Dipartimento della Prevenzione effettua, quale autorità di controllo competente, verifiche ed ispezioni lungo tutta la filiera alimentare: produzione, trasformazione, conservazione, trasporto e commercializzazione degli alimenti secondo quanto previsto dall'art. 8 del Reg. (CE) 882/2004. Tale filiera è verificata, - attraverso attività, metodi e tecniche previste all'art. 10 del Reg. (CE) 882/2004 - a partire dalle produzioni primarie di mangimi, allevamenti degli animali produttori e prodotti agricoli fino alla vendita dell'alimento al consumatore finale. Tutti i controlli sono effettuati nel rispetto dei vincoli di trasparenza e riservatezza previsti dall'Art. 7 del Reg. 882/2004.

SIAV B

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

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

Garantisce le seguenti funzioni:

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

IL SISTEMA DI ALLERTA ALIMENTI- ATTIVITA' INTERDISCIPLINARE FRA LE UNITA' OPERATIVE DELLA Sicurezza ALIMENTARE

Il Sistema di Allerta Rapido degli Alimenti e dei Mangimi, nella Regione Puglia, è gestito in ottemperanza a quanto previsto dalla Delibera di G.R. n.634 de12.04.2009 con cui sono state approvate le *"Linee guida per la gestione operativa del sistema di allerta per alimenti destinati al consumo umano"* in applicazione del Regolamento CE n. 16/2011.

In base a dette disposizioni è prevista un'articolazione organizzativa che prevede un "Nodo Regionale", istituito presso il Servizio PATP dell'Assessorato alle Politiche della Salute, ed un "Punto di Contatto Territoriale" (o Aziendale) per i ciascun Servizio delle AA.SS.LL. competente in materia di controlli ufficiali.

I Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione competenti in materia di sicurezza alimentare devono attenersi a dette Linee guida regionali, con particolare riferimento alle verifiche sul *"ritiro e richiamo"* dei prodotti alimentari ed ai provvedimenti da adottarsi sui prodotti oggetto di allerta (Vedi Deliberazione D.G. n.934/2011).

In ambito Aziendale, il sistema di allerta rapido è gestito (sempre grazie all'avvento dell'informatizzazione delle attività dipartimentali), in maniera telematica, condivisa ed in rete tra tutti i Servizi che, ognuno per quanto di rispettiva competenza, si occupa di "sicurezza alimentare".

Le attività vengono rendicontate annualmente tramite il Portale della ASL BR

PROGRAMMI DI CONTROLLI INTEGRATI SIAN/SIAV_B

Da anni il Dipartimento di Prevenzione, è impegnato nello svolgimento di programmi di implementazione dei Controlli Ufficiali Integrati tra il SIAN ed il SIAV_B che vedono impegnati gli operatori addetti ai controlli dell'Area della Sicurezza Alimentare in maniera interdisciplinare.

- SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE A TRASMISSIONE ALIMENTARE (MTA);

La gestione delle MTA viene svolta come attività multidisciplinare fra i servizi del Dipartimento di prevenzione in attuazione della Pro07 del PRIC REGIONALE 2018 e viene coordinata e rendicontata dalla

UOSD di SA e ABR.

REPORT MTA

| ANNO | N° TOT. MTA | N° ISPEZIONI | N° CAMPIONAMENTI |
|------|-------------|--------------|------------------|
| 2018 | 15 | 36 | 31 |
| 2019 | 34 | 72 | 54 |
| 2020 | 62 | 61 | 43 |
| 2021 | 24 | 31 | 22 |
| 2022 | 44 | 67 | 40 |

Il Dipartimento svolge inoltre attività relativa all'antibiotico resistenza secondo quanto previsto del PRP mediante formazione e informazione degli stakeholder coinvolti e mediante campionamenti di matrici alimentari previsti dal PMRA.

Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (S.I.A.V. C)

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

Garantisce le seguenti funzioni:

- controllo su uso del farmaco veterinario e della presenza dei residui nelle produzioni zootecniche;
- controllo sulla riproduzione animale;
- controllo sulla igiene delle produzioni del latte alla stalla e degli altri prodotti primari (miele, uova);
- controllo sul benessere animale in allevamento e durante il trasporto,
- controllo sugli impianti di acquacoltura;
- controllo sulla produzione, commercializzazione e somministrazione dei mangimi e loro tracciabilità;
- controllo su produzione e commercio di mangimi medicati e sorveglianza BSE;
- controlli sulla condizionalità;
- controlli ad hoc/segnalazioni/esposti;
- controllo su raccolta e trasporto delle spoglie animali e dei sottoprodotti della macellazione.

Si riportano qui di seguito i dati di attività relativi al periodo 2022 e 2021:

| SERVIZIO VETERINARIO – AREA C – IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE | | | | |
|--|----------------------|----------------------|---------------------|--------------|
| | | | 2022 vs 2021 | |
| | Anno 2022 | Anno 2021 | Val.ass. | Var.% |
| <i>Controllo sugli allevamenti e rivendite relativi al Reg. CE 183/2005 PRAA</i> | 98 | 3 | -95 | - 31,7 |
| <i>Farmacosorveglianza</i> | 111 | 50 | -61 | - 1,2 |
| <i>N° di controlli di benessere animale in allevamento</i> | 45 | 47 | 2 | 0,0 |
| <i>N° di campionamenti di alimenti per animali previsti PRAA</i> | 51 | 52 | 1 | 0,0 |
| <i>N° di campionamenti alimenti per consumo umano previsto dal PRR</i> | 49 | 33 | -16 | - 0,5 |
| <i>N° di controlli effettuati su sottoprodotti di origine animale</i> | 249 | 545 | 296 | 0,5 |
| <i>N° di controlli sul benessere animale durante il trasporto di animali vivi</i> | 31 | 10 | -21 | - 2,1 |
| <i>N° di aziende sottoposte a Controlli sulla Condizionalità</i> | 64 | 47 | -17 | - 0,4 |
| <i>N° di aziende riconosciute Reg. CE 183/05 sottoposte ad Audit</i> | 2 | 2 | 0 | - |
| <i>N° si aziende riconosciute Reg. CE 1069/09 sottoposte ad Audit</i> | 0 | 0 | 0 | #DIV/0! |
| <i>N° di controllo sulla riproduzione animale</i> | 13 | 0 | -13 | #DIV/0! |
| <i>N° di controlli ad hoc/segnalazioni/esposti</i> | 238 | 0 | -238 | #DIV/0! |

B) ATTIVITÀ OSPEDALIERA

| Stabilimento | Ricoveri ordinari | | | | Ricoveri day hospital | | | |
|---------------|-------------------|--------------|---------------|---------------|-----------------------|--------------|---------------|--------------|
| | A) anno 2022 | B) anno 2021 | var | | A) anno 2022 | B) anno 2021 | var | |
| | | | val. assoluto | var. % | | | val. assoluto | var. % |
| FRANCAVILLA | 5694 | 5620 | 74 | 1,32% | 79 | 48 | 31 | 64,58% |
| OSTUNI | 1171 | 2171 | -1000 | -46,06% | 15 | 72 | -57 | -79,17% |
| BRINDISI (*) | 17634 | 16722 | 912 | 5,45% | 1736 | 1672 | 64 | 3,83% |
| Totale | 24499 | 24513 | -14 | -0,06% | 1830 | 1792 | 38 | 2,12% |

*Comprensivo di San Pietro e Post Covid

Per ciò che riguarda il dato generale, l'analisi effettuata mostra, nel corso del 2022, una situazione in linea con i valori registrati nel 2021.

Anche la ASL BR, come tutte le Aziende Sanitarie della Regione Puglia, ha avuto nel 2020 e nel 2021 un calo dei ricoveri dovuto gli effetti della pandemia SARS-COV2 che ha imposto alcune rapide riorganizzazioni dei reparti ospedalieri per fronteggiare l'emergenza: sono stati istituiti appositi reparti COVID19, attivato il blocco da marzo 2020 dei ricoveri programmati ed è stato individuato l'Ospedale di Ostuni (sino alla data dell'08/06/2021) quale Ospedale COVID, ecc.

Nel 2022, la Regione Puglia su invito del Ministero della Salute, con nota prot. n. OO_005/PROT/30/05/2022/003792 ha raccomandato alle Aziende Sanitarie di riportare il volume dell'attività erogata ai livelli rilevati nella fase pre-pandemica.

Di seguito si riportano ulteriori dati di attività ospedaliera riguardanti in bienni 2021-2022

Anno 2022 - Dimessi Presidi ASL BR

| Stabilimento | *Comprensivo | Ordinari | | | | | Day Hospital | | | | | |
|---------------|--------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------|------------------|----------------|-------------|----------------|------------|------------|------------------|
| | | Ricoveri ordinari | Giorni di degenza | Giorni di degenza | Peso medio | % utilizzo Posti | Posti Letto dh | Ricoveri dh | Numero accessi | Num. Medio | Peso Medio | % utilizzo Posti |
| FRANCAVILLA | 138 | 5694 | 32927 | 5,78 | 0,95 | 65% | 8 | 79 | 2 | 2 | 1,27 | 0,1% |
| OSTUNI | 140 | 1171 | 10554 | 9,01 | 1,30 | 21% | 4 | 49 | 14 | 1 | 0,71 | 1,0% |
| BRINDISI (*) | 742 | 17634 | 172002 | 9,75 | 1,19 | 64% | 49 | 1736 | 12775 | 10,4 | 0,8 | 71,4% |
| Totale | 1020 | 24499 | 215483 | 8,80 | | 58% | 61 | 1864 | 12791 | 4,5 | 0,9 | 57,4% |

*Comprensivo di San Pietro, Post Covid e Centro Neuromotulesi di Ceglie Messapica

Anno 2021- Dimessi Presidi ASL BR

| Stabilimento | 2021 | | | | | | | | | | | |
|---------------|-------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------|------------------|----------------|-------------|----------------|------------|------------|------------------|
| | Ordinari | | | | | | Day Hospital | | | | | |
| | Posti Letto | Ricoveri ordinari | Giorni di degenza | Giorni di degenza | Peso medio | % utilizzo Posti | Posti Letto dh | Ricoveri dh | Numero accessi | Num. Medio | Peso Medio | % utilizzo Posti |
| FRANCAVILLA | 122 | 5620 | 30056 | 5,35 | 0,9 | 67% | 8 | 48 | 0 | 0 | 0,9 | 0,0% |
| OSTUNI | 160 | 2171 | 16418 | 7,56 | 1,3 | 28% | 5 | 72 | 28 | 1,4 | 0,9 | 1,5% |
| BRINDISI (*) | 777 | 16722 | 163290 | 9,76 | 1,15 | 58% | 62 | 1672 | 12883 | 10,8 | 0,8 | 56,9% |
| Totale | 1059 | 24513 | 209764 | 8,56 | | 54% | 75 | 1792 | 12911 | 4,1 | 0,9 | 47,2% |

*Comprensivo di San Pietro, Post Covid e Centro Neuromotulesi di Ceglie Messapica

Differenze 2022-2021 - Dimessi Presidi ASL BR

| Stabilimento | Differenze 2022 / 2021 | | | | | | | | | | | |
|---------------|---------------------------|-------------------|-------------------|-------------------------|------------|------------------------|---------------------|-------------|----------------|--------------------|------------|------------------------|
| | Ordinari | | | | | | Day Hospital | | | | | |
| | Posti Letto ordinari medi | Ricoveri ordinari | Giorni di degenza | Giorni di degenza media | Peso medio | % utilizzo Posti Letto | Posti Letto dh medi | Ricoveri dh | Numero accessi | Num. Medio accessi | Peso Medio | % utilizzo Posti Letto |
| FRANCAVILLA | 16 | 74 | 2871 | 0,43 | 0,0 | -2% | 0 | 31 | 2 | 2,00 | 0,4 | 0% |
| OSTUNI | -20 | -1000 | -5864 | 1,45 | 0,0 | -7% | -1 | -23 | -14 | -0,40 | -0,2 | -1% |
| BRINDISI (*) | -35 | 912 | 8712 | -0,01 | 0,0 | 6% | -13 | 64 | -108 | -0,40 | 0,0 | 14% |
| Totale | -39 | -14 | 5719 | 0,24 | | 4% | -14 | 72 | -120 | 0,40 | 0,1 | 10% |

Dai suddetti report si evince:

- una riduzione, nel 2022, del numero dei posti letto;
- un numero di ricoveri in regime ordinario in linea con i valori del 2021;
- un aumento del numero delle giornate di degenza
- un leggero aumento della degenza media ospedaliera
- un aumento del tasso di utilizzo dei posti-letto.

PRESIDIO OSPEDALIERO DI FRANCAVILLA

Per ciò che riguarda l'Ospedale di Francavilla, l'analisi dei dati evidenzia:

- un aumento del numero dei posti letto medi ordinari, in quanto i reparti di detto nosocomio non sono stati interessati dalle operazioni di conversione in reparti COVID,
- un incremento del numero dei ricoveri ordinari delle giornate complessive di degenza,
- una riduzione del tasso di occupazione dei posti letto in regime ordinario,

PRESIDIO OSPEDALIERO DI OSTUNI

Relativamente all'Ospedale di Ostuni, si evidenzia che lo stesso è stato individuato come Ospedale COVID e per tale motivo nel 2022 ha fatto registrare un valore con conseguente ridotta attività ospedaliera.

PRESIDIO OSPEDALIERO DI BRINDISI

Relativamente all'Ospedale di Brindisi- San Pietro V.co – Ceglie M.ca si evidenzia

- una riduzione del numero dei posti letto medi ordinari,
- un aumento del numero dei ricoveri e del numero di giornate di degenza,

- un aumento del tasso di occupazione dei posti letto in regime ordinario,
- un aumento dei ricoveri in day-hospital ed una riduzione del numero di accessi correlati,

Di seguito i dati di attività delle strutture private accreditate:

Anno 2021 - Dimessi Strutture Private ASL BR

| Stabilimento | 2022 | | | | | | | | | | | |
|---------------|---------------------------|-------------------|-------------------|-------------------------|------------|------------------------|---------------------|-------------|----------------|--------------------|------------|------------------------|
| | Ordinari | | | | | | Day Hospital | | | | | |
| | Posti Letto ordinari medi | Ricoveri ordinari | Giorni di degenza | Giorni di degenza media | Peso medio | % utilizzo Posti Letto | Posti Letto dh medi | Ricoveri dh | Numero accessi | Num. Medio accessi | Peso Medio | % utilizzo Posti Letto |
| Clinica Salus | 60 | 1916 | 8069 | 4,71 | 1,2 | 37% | | | | | | |
| IRCSS Medea | 30 | 294 | 4783 | 16,27 | 0,9 | 44% | | | | | | |

Anno 2021 - Dimessi Strutture Private ASL BR

| Stabilimento | 2021 | | | | | | | | | | | |
|---------------|---------------------------|-------------------|-------------------|-------------------------|------------|------------------------|---------------------|-------------|----------------|--------------------|------------|------------------------|
| | Ordinari | | | | | | Day Hospital | | | | | |
| | Posti Letto ordinari medi | Ricoveri ordinari | Giorni di degenza | Giorni di degenza media | Peso medio | % utilizzo Posti Letto | Posti Letto dh medi | Ricoveri dh | Numero accessi | Num. Medio accessi | Peso Medio | % utilizzo Posti Letto |
| Clinica Salus | 60 | 1912 | 9043 | 4,73 | 1,2 | 41% | | | | | | |
| IRCSS Medea | 30 | 341 | 6045 | 17,73 | 0,9 | 55% | | | | | | |

Differenze 2022-2021 - Strutture Private ASL BR

| Stabilimento | Differenza 2021 / 2020 | | | | | | | | | | | |
|---------------|---------------------------|-------------------|-------------------|-------------------------|------------|------------------------|---------------------|-------------|----------------|--------------------|------------|------------------------|
| | Ordinari | | | | | | Day Hospital | | | | | |
| | Posti Letto ordinari medi | Ricoveri ordinari | Giorni di degenza | Giorni di degenza media | Peso medio | % utilizzo Posti Letto | Posti Letto dh medi | Ricoveri dh | Numero accessi | Num. Medio accessi | Peso Medio | % utilizzo Posti Letto |
| Clinica Salus | 0 | 4 | -974 | -0,02 | 0,0 | | | | | | | |
| IRCSS Medea | 0 | -47 | -1262 | -1,46 | -0,1 | | | | | | | |

Ospedali di Comunità

Relativamente agli ospedali di comunità si evidenzia che un aumento rispetto l'anno precedente sia del numero dei pazienti che del numero delle giornate di degenza. E' necessario precisare anche che gli ospedali di comunità svolgono il ruolo di ospedali post-covid19.

| Ospedali di Comunità | posti letto | Trimestre | 2021 | | | 2022 | | |
|--|-------------|---------------|---------------|--------------------------|-----------|---------------|--------------------------|-----------|
| | | | Num. Pazienti | Num. Giornate di Degenza | Età media | Num. Pazienti | Num. Giornate di Degenza | Età media |
| OSPEDALE DI COMUNITA' - CEGLIE MESSAPICA | 12 | I trimestre | 8 | 121 | 73,13 | 10 | 101 | 82,6 |
| | | II trimestre | | | | 7 | 60 | 81,57 |
| | | III trimestre | 28 | 277 | 76,79 | 13 | 82 | 77,62 |
| | | IV trimestre | 24 | 290 | 75,25 | 14 | 163 | 68,93 |
| OSPEDALE DI COMUNITA' - CISTERNINO | 11 | I trimestre | 26 | 403 | 75,54 | 25 | 1150 | 76,16 |
| | | II trimestre | 2 | 14 | 73 | 34 | 450 | 75,06 |
| | | III trimestre | 29 | 458 | 72,31 | 54 | 717 | 78,3 |
| | | IV trimestre | 24 | 397 | 74,17 | 35 | 454 | 72,49 |
| OSPEDALE DI COMUNITA' - FASANO | 12 | I trimestre | 33 | 725 | 76,45 | 36 | 465 | 75,06 |
| | | II trimestre | 12 | 260 | 81,5 | 27 | 550 | 80,48 |
| | | III trimestre | 21 | 456 | 78,05 | 22 | 355 | 77,77 |
| | | IV trimestre | 21 | 505 | 78,1 | 22 | 458 | 78,91 |
| OSPEDALE DI COMUNITA' - MESAGNE | 10 | IV trimestre | | | | | | |
| Totali | 45 | | 228 | 3906 | 76 | 299 | 5005 | 77 |

Si riportano di seguito i dati relativi alla mobilità sanitaria passiva ed attiva relativi alle prestazioni di ricoveri precisando che si dispone ad oggi dei valori riferiti agli anni 2019-2020-2021.

| Ricoveri Residenti ASL BR - ricoveri ed importi presso tutte le strutture sanitarie anno 2021/2020/2019 | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------|----------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------------------|----------------|------------------------------|----------------|-----------------|---------------|
| totale | ricoveri | | | | | | | | | | | |
| | totale 2021 | | diff. 2021-2020 | | diff. 2021-2019 | | totale 2020 | | totale 2019 | | diff. 2020-2019 | |
| | luogo di cura | n° | % | n° | % | n° | % | n° | % | n° | % | n° |
| Presidi a gestione diretta ASL BR | 21.183 | 54,79% | 261 | -2,24% | -5.478 | -0,51% | 20.922 | 57,03% | 26.661 | 55,30% | -5.739 | 1,73% |
| Casa di Cura Salus | 1.347 | 3,48% | 272 | 0,55% | -812 | -0,99% | 1.075 | 2,93% | 2.159 | 4,48% | -1.084 | -1,55% |
| Fondazione San Raffaele -Ceglie M.ca | 396 | 1,02% | 56 | 0,10% | -178 | -0,17% | 340 | 0,93% | 574 | 1,19% | -234 | -0,26% |
| sub totale strutture territorio ASL BR | 22.926 | 59,30% | 589 | -1,59% | -6.468 | -1,67% | 22.337 | 60,89% | 29.394 | 60,97% | -7.057 | -0,08% |
| MOBILITA' PASSIVA infra REGIONALE | 11.728 | 30,33% | 827 | 0,62% | -1.731 | 2,42% | 10.901 | 29,72% | 13.459 | 27,92% | -2.558 | 1,80% |
| MOBILITA' PASSIVA EXTRA REGIONALE | 4.010 | 10,37% | 563 | 0,98% | -1.351 | -0,75% | 3.447 | 9,40% | 5.361 | 11,12% | -1.914 | -1,72% |
| totale | 38.664 | 100,00% | 1.979 | 0,00% | -9.550 | 0,00% | 36.685 | 100,00% | 48.214 | 100,00% | -11.529 | 0,00% |
| Popolazione Brindisi - ISTAT | 381.946 | | -3.289 | | -5.871 | | 385.235 | | 387.817 | | -2.582 | |
| Tasso di ospedalizzazione | 101,23 | | 6 | | -23 | | 95,23 | | 124,32 | | -29 | |
| indicazioni da relazione Ministero della Salute "Rapporto Annuale sull'attività di ricovero ospedaliero -tab. 5.2 | | | | | | | dati SDO 2020 - luglio 2022 | | dati SDO 2018 - giugno 2019 | | | |
| Regione Puglia | | | | | | | 92,96 | | 124,89 | | | |
| Nazionale | | | | | | | 107,08 | | 135,67 | | | |
| regime ordinario | | | | | | | | | | | | |
| totale | ricoveri | | | | | | | | | | | |
| | totale 2021 | | diff. 2021-2020 | | diff. 2021-2019 | | totale 2020 | | totale 2019 | | diff. 2019-2018 | |
| | luogo di cura | n° | % | n° | % | n° | % | n° | % | n° | % | n° |
| Presidi a gestione diretta ASL BR | 19.914 | 56,23% | 209 | -2,06% | -4.890 | -0,20% | 19.705 | 58,29% | 24.804 | 56,43% | -5.099 | 1,86% |
| Casa di Cura Salus | 1.347 | 3,80% | 272 | 0,62% | -812 | -1,11% | 1.075 | 3,18% | 2.159 | 4,91% | -1.084 | -1,73% |
| Fondazione San Raffaele -Ceglie M.ca | 230 | 0,65% | 11 | 0,00% | -156 | -0,23% | 219 | 0,65% | 386 | 0,88% | -167 | -0,23% |
| sub totale strutture territorio ASL BR | 21.491 | 60,69% | 492 | -1,43% | -5.858 | -1,54% | 20.999 | 62,12% | 27.349 | 62,22% | -6.350 | -0,10% |
| MOBILITA' PASSIVA infra REGIONALE | 10.844 | 30,62% | 673 | 0,53% | -1.592 | 2,33% | 10.171 | 30,09% | 12.436 | 28,29% | -2.265 | 1,79% |
| MOBILITA' PASSIVA EXTRA REGIONALE | 3.079 | 8,69% | 443 | 0,90% | -1.091 | -0,79% | 2.636 | 7,80% | 4.170 | 9,49% | -1.534 | -1,69% |
| totale | 35.414 | 100,00% | 1.608 | 0,00% | -8.541 | 0,00% | 33.806 | 100,00% | 43.955 | 100,00% | -10.149 | 0,00% |
| Popolazione Brindisi - ISTAT | 381.946 | | -3.289 | | -5.871 | | 385.235 | | 387.817 | | -2.582 | |
| Tasso di ospedalizzazione | 92,72 | | 5 | | -21 | | 87,75 | | 113,34 | | -26 | |
| indicazioni da relazione Ministero della Salute "Rapporto Annuale sull'attività di ricovero ospedaliero -tab. 5.2 | | | | | | | dati SDO 2020 - luglio 2022 | | dati SDO 2019 - ottobre 2020 | | | |
| Regione Puglia | | | | | | | 85,22 | | 109,77 | | | |
| Nazionale | | | | | | | 86,07 | | 104,38 | | | |
| regime day hospital | | | | | | | | | | | | |
| totale | ricoveri | | | | | | | | | | | |
| | totale 2021 | | diff. 2021-2020 | | diff. 2021-2019 | | totale 2020 | | totale 2019 | | diff. 2019-2018 | |
| | luogo di cura | n° | % | n° | % | n° | % | n° | % | n° | % | n° |
| Presidi a gestione diretta ASL BR | 1.269 | 39,05% | 52 | -3,23% | -588 | -4,56% | 1.217 | 42,27% | 1.857 | 43,60% | -640 | -1,33% |
| Casa di Cura Salus | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Fondazione San Raffaele -Ceglie M.ca | 166 | 5,11% | 45 | 0,90% | -22 | 0,69% | 121 | 4,20% | 188 | 4,41% | -67 | -0,21% |
| sub totale strutture territorio ASL BR | 1.435 | 44,15% | 97 | -2,32% | -610 | -3,86% | 1.338 | 46,47% | 2.045 | 48,02% | -707 | -1,54% |
| MOBILITA' PASSIVA infra REGIONALE | 884 | 27,20% | 154 | 1,84% | -139 | 3,18% | 730 | 25,36% | 1.023 | 24,02% | -293 | 1,34% |
| MOBILITA' PASSIVA EXTRA REGIONALE | 931 | 28,65% | 120 | 0,48% | -260 | 0,68% | 811 | 28,17% | 1.191 | 27,96% | -380 | 0,21% |
| totale | 3.250 | 100,00% | 371 | 0,00% | -1.009 | 0,00% | 2.879 | 100,00% | 4.259 | 100,00% | -1.380 | 0,00% |
| Popolazione Brindisi - ISTAT | 381.946 | | -3.289 | | -5.871 | | 385.235 | | 387.817 | | -2.582 | |
| Tasso di ospedalizzazione | 8,51 | | 1 | | -2 | | 7,47 | | 10,98 | | -4 | |
| indicazioni da relazione Ministero della Salute "Rapporto Annuale sull'attività di ricovero ospedaliero -tab. 5.2 | | | | | | | dati SDO 2020 - luglio 2022 | | dati SDO 2019 - ottobre 2020 | | | |
| Regione Puglia | | | | | | | 7,74 | | 11,32 | | | |
| Nazionale | | | | | | | 21,01 | | 29,12 | | | |

Analizzando la distribuzione dei ricoveri dei residenti della ASL BR, si osserva, come in precedenza evidenziato, un drastico calo dei ricoveri per tutti i luoghi di cura dovuto gli effetti della pandemia SARS-COV2 (tra il 2020 ed il 2019 - 11.529 casi) ma si è registrata una graduale ripresa tra il 2021 ed il 2020 (+1.929 casi).

Nel 2021 il 54,79% dei residenti ha fatto ricorso alle strutture ubicate sul territorio di quest'Azienda, il 30,33% nelle strutture fuori ASL della Regione Puglia, il 10,37% in strutture di ricovero al di fuori della Regione Puglia. Ad ogni modo il 2021 risente degli effetti della pandemia ed il numero dei ricoveri non ha raggiunto i valori del 2019. Il tasso di ospedalizzazione dei residenti di questa ASL risulta nell'anno 2021 del 101,23 ricoveri per mille abitanti, in riduzione rispetto al 2019 (anno di riferimento pre-pandemia) che risultava pari a 124,32 ricoveri per mille abitanti. Tale valore nella Regione Puglia è stato invece del 124,89, mentre quello Nazionale è stato pari a 135,67 (Ministero della Salute nel "Rapporto Annuale sull'attività di ricovero ospedaliero - dati SDO 2019" pubblicato ad ottobre 2020).

C) ATTIVITA' SANITARIA AMBULATORIALE

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

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

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

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

| | Numero Prestazioni | | | | Valore Prestazioni | | | |
|--------------------------------|--------------------|------------------|----------------|--------------|--------------------|-------------------|------------------|-------------|
| | A | B | C=A-B | | A | B | C=A-B | |
| Stutture | 2022 | 2021 | val.ass. | var.% | 2022 | 2021 | val.ass. | var.% |
| Distretti | 409.975 | 402.452 | 7.523 | 1,87 | 12.529.822 | 12.186.510 | 343.311 | 2,82 |
| Ospedali | 2.232.845 | 1.949.809 | 283.036 | 14,52 | 35.375.955 | 34.382.383 | 993.572 | 2,89 |
| Altre strutture del territorio | 15.031 | 14.491 | 540 | 3,73 | 319.060 | 322.957 | - 3.897 | -1,21 |
| Totale | 2.657.851 | 2.366.752 | 291.099 | 12,30 | 48.224.837 | 46.891.851 | 1.332.986 | 2,84 |

Si evidenzia, innanzitutto, un incremento dell'attività nell'anno 2022 rispetto al 2021.

Sul punto si evidenzia che la pandemia SARS-COV2 ha costretto la ASL BR ad affrontare una nuova e complessa fase di riorganizzazione delle attività, mirante sia a soddisfare un'importante domanda di salute rimasta inevasa, sia a garantire l'applicazione delle misure di sicurezza per il contenimento del contagio; la riorganizzazione delle suddette attività è stata oggetto di specifiche circolari opportunamente diramate dalla Direzione Aziendale (vedasi nota prot. n. 40145 del 28/05/2020 e seguenti)

Prestazioni specialistiche ambulatoriali ospedaliere – anni 2021-2022

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

Prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate in ambito ospedaliero – anni 2022-2021

| | Numero Prestazioni | | | | Valore Prestazioni | | | |
|------------------------|--------------------|------------------|----------------|-------------|--------------------|-------------------|----------------|------------|
| | A | B | C=A-B | | A | B | C=A-B | |
| Stutture | 2022 | 2021 | val.ass. | var.% | 2.022 | 2.021 | val.ass. | var.% |
| S.O.Brindisi Costi C | 1.373.682 | 1.220.666 | 153.016 | 12,5 | 25.438.039 | 24.006.679 | 1.431.360 | 6,0 |
| S.O. S.Pietro Costi C. | 14.516 | 16.498 | - 1.982 | - 12,0 | 544.836 | 605.750 | - 60.913 | - 10,1 |
| PO Francavil.Cost C. | 644.411 | 547.013 | 97.398 | 17,8 | 7.411.663 | 7.270.153 | 141.510 | 1,9 |
| S.O. Ostuni Costi C | 200.236 | 165.632 | 34.604 | 20,9 | 1.981.417 | 2.499.801 | - 518.384 | - 20,7 |
| Totale | 2.232.845 | 1.949.809 | 283.036 | 14,5 | 35.375.955 | 34.382.383 | 993.572 | 2,9 |

Prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate in ambito distrettuale – anni 2022-2021

| | Numero Prestazioni | | | | Valore Prestazioni | | | |
|---------------------|--------------------|----------------|--------------|-------------|--------------------|-------------------|----------------|------------|
| | A | B | C=A-B | | A | B | C=A-B | |
| Stutture | 2022 | 2021 | val.ass. | var.% | 2.022 | 2.021 | val.ass. | var.% |
| DSS Brindisi C Com | 109.842 | 106.957 | 2.885 | 2,7 | 1.732.444 | 1.579.951 | 152.493 | 9,7 |
| DSS di Fasano C.Com | 123.327 | 106.312 | 17.015 | 16,0 | 4.092.170 | 3.773.889 | 318.281 | 8,4 |
| DSS Francavilla CC | 58.597 | 53.366 | 5.231 | 9,8 | 2.529.638 | 2.335.687 | 193.951 | 8,3 |
| DSS Mesagne C.Com | 118.209 | 135.817 | - 17.608 | - 13,0 | 4.175.569 | 4.496.983 | - 321.414 | - 7,1 |
| Totale | 409.975 | 402.452 | 7.523 | 1,87 | 12.529.822 | 12.186.510 | 343.311 | 2,8 |

Prestazioni specialistica ambulatoriale territoriale – anni 2022-2021

| | Numero Prestazioni | | | | Valore Prestazioni | | | |
|---|--------------------|---------------|------------|------------|--------------------|----------------|----------------|--------------|
| | A | B | C=A-B | | A | B | C=A-B | |
| Stutture | 2022 | 2021 | val.ass. | var.% | 2.022 | 2.021 | val.ass. | var.% |
| Servizio Sovradistr. Pneumo-Tisiologico | 15.031 | 12.418 | 2.613 | 21,0 | 319.060 | 271.480 | 47.580 | 17,5 |
| DSM Costi Com | - | 2.073 | - 2.073 | - 100,0 | - | 51.477 | - 51.477 | - 100,0 |
| Totale | 15.031 | 14.491 | 540 | 3,7 | 319.060 | 322.957 | - 3.897 | - 1,2 |

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

| | | Numero Prestazioni | | | | Valore Prestazioni | | | |
|---------------------------|------------------------|--------------------|---------------|--------------|-------------|--------------------|-------------------|----------------|-------------|
| | | A | B | C=A-B | | A | B | C=A-B | |
| Strutture | tipo day-service | 2022 | 2021 | val.ass. | var.% | 2022 | 2021 | val.ass. | var.% |
| Distretti | day service Chirurgico | 6.164 | 6.015 | 149 | 2,48 | 4.657.569 | 4.465.944 | 191.625 | 4,29 |
| | day service Medico | 4.151 | 3.902 | 249 | 6,38 | 452.746 | 446.570 | 6.176 | 1,38 |
| Distretti Totale | | 10.315 | 9.917 | 398 | 4,01 | 5.110.315 | 4.912.514 | 197.801 | 4,03 |
| Ospedali | day service Chirurgico | 4.124 | 3.917 | 207 | 5,28 | 3.323.407 | 3.238.522 | 84.885 | 2,62 |
| | day service Medico | 35.378 | 33.238 | 2.140 | 6,44 | 6.809.135 | 6.462.585 | 346.550 | 5,36 |
| Ospedali Totale | | 39.502 | 37.155 | 2.347 | 6,32 | 10.132.542 | 9.701.108 | 431.435 | 4,45 |
| Totale complessivo | | 49.817 | 47.072 | 2.745 | 5,83 | 15.242.857 | 14.613.622 | 629.235 | 4,31 |

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

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

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

Per ciascun PTA le delibere di istituzione risultano:
 PTA Ceglie Messapica delibera n. 3136 del 06/12/2011
 PTA Cisternino delibera n. 215 del 02/02/2012
 PTA Fasano delibera n. 550 del 27/03/2017
 PTA Mesagne delibera n. 694 del 19/04/2017

In ciascun **Distretto** sono presenti i seguenti ambulatori:

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

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

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

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

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

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

| Classe di età | Anni | | | |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
| 0-14 anni | 47.174 | 46.680 | 45.579 | 44.557 |
| 15-64 anni | 248.124 | 243.760 | 241.714 | 240.706 |
| over 65 | 89.937 | 91.506 | 92.558 | 93.635 |
| Totale complessivo | 385.235 | 381.946 | 379.851 | 378.898 |
| Indice di vecchiaia Provincia di Brindisi | 190,6 | 196,0 | 203,1 | 210,1 |
| Indice di vecchiaia Italia | 179,4 | 182,6 | 187,6 | 193,1 |
| Indice di vecchiaia Regione Puglia | 175,6 | 181,1 | 187,0 | 193,6 |

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

D) CURE PRIMARIE EROGATE

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

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

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

| DISTRETTO | MEDICI DI MEDICINA GENERALE | | PEDIATRI DI LIBERA SCELTA | | TOTALE | |
|------------------|-----------------------------|----------------|---------------------------|---------------|------------|----------------|
| | MEDICI | ASSISTITI | MEDICI | ASSISTITI | MEDICI | ASSISTITI |
| 1 BRINDISI | 62 | 87.774 | 13 | 9.483 | 75 | 97.257 |
| 2 FASANO | 52 | 69.559 | 10 | 7.456 | 62 | 77.015 |
| 3 FRANCAVILLA F. | 64 | 86.831 | 12 | 9.238 | 76 | 96.069 |
| 4 MESAGNE | 68 | 85.269 | 12 | 9.328 | 80 | 94.597 |
| TOTALI | 246 | 329.433 | 47 | 35.505 | 293 | 364.938 |

Fonte: Edotto

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

MEDICI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

| | A TEMPO INDETERMINATO | CON REPERIBILITA' | P.O. SCAP | SOSTITUZIONE | TEMPORANEO | Totale complessivo |
|----------------------|-----------------------|-------------------|-----------|--------------|------------|--------------------|
| Numero medici | 38 | 4 | 3 | 180 | 7 | 232 |

Fonte: EDOTTO

Il rapporto con gli assistiti, caratterizzato dalla fiducia e dalla libera scelta, pone i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta nella condizione di governare i percorsi diagnostici terapeutici, favorendo la continuità e l'integrazione tra i diversi livelli di cura. In questo processo si integrano i Medici di continuità assistenziale e gli altri specialisti ambulatoriali presenti nelle strutture distrettuali. Si riporta di seguito la situazione delle attività svolte in collaborazione dai medici MMG e PLS (media mensile anno 2023).

FORME STRUTTURATE DI ASSISTENZA PRIMARIA ATTIVE SUL TERRITORIO – MEDIA MENSILE 2023

| forme di assistenza strutturata | MMG | | PLS | |
|---------------------------------|---------------------|------------------------|---------------------|------------------------|
| | Numero Medio Medici | Numero Medio Assistiti | Numero Medio Medici | Numero Medio Assistiti |
| CPT | 5 | 7.843 | - | - |
| MEDICINA DI GRUPPO | 47 | 67.512 | - | - |
| MEDICINA IN ASSOCIAZIONE | 4 | 6.206 | 2 | 1.490 |
| MEDICINA IN RETE | 150 | 204.569 | 29 | 23.474 |
| SUPER GRUPPO | 41 | 58.771 | - | - |
| SUPER RETE | 136 | 184.893 | - | - |

Fonte:Edotto

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

Medici Specialisti ambulatoriali

L'offerta di prestazioni specialistiche è prevalentemente collocata presso le strutture sanitarie dei Distretti Socio Sanitari (poliambulatori e consultori), o per l'assistenza domiciliare, e viene integrata attraverso l'attivazione di rapporti convenzionali con i Medici Specialisti Ambulatoriali, con incarichi da svolgersi in numero ore. Di seguito il numero delle ore conferite per branca nell'anno 2023.

ORE COMPLESSIVE CONFERITE PER BRANCA NEL 2023

| codice Branca | Branca | Distretto Socio Sanitario 1 | Distretto Socio Sanitario 2 | Distretto Socio Sanitario 3 | Distretto Socio Sanitario 4 | Totale ore |
|---------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------|
| 1 | ALLERGOLOGIA | 3.441 | - | - | 469 | 3.911 |
| 2 | CARDIOLOGIA | 7.634 | 3.535 | 5.944 | 6.570 | 23.683 |
| 3 | CHIRURGIA GENERALE | 939 | - | 81 | 1.900 | 2.920 |
| 5 | DIABETOLOGIA | - | 1.267 | - | - | 1.267 |
| 6 | ENDOCRINOLOGIA | 6.395 | 2.965 | 843 | 5.437 | 15.640 |
| 8 | MEDICINA DELLO SPORT | 1.147 | 626 | - | 2.399 | 4.171 |
| 11 | NEUROLOGIA | 1.877 | 2.034 | - | 1.877 | 5.788 |
| 12 | OCULISTICA | 4.434 | 5.401 | 5.374 | 7.744 | 22.953 |
| 15 | OSTETRICIA E GINECOLOGIA | 2.957 | 1.981 | 1.119 | 1.342 | 7.399 |
| 16 | OTORINOLARINGOIATRIA | 1.835 | 2.281 | 3.037 | 2.086 | 9.239 |
| 17 | PNEUMOLOGIA | - | 1.564 | - | - | 1.564 |
| 18 | REUMATOLOGIA | 1.064 | 1.866 | 151 | - | 3.081 |
| 19 | UROLOGIA | 626 | - | 939 | 730 | 2.294 |
| 20 | PSICHIATRIA | 2.398 | 1.040 | - | - | 3.438 |
| 30 | MEDICINA INTERNA | 35 | 1.320 | - | - | 1.356 |
| 35 | CHIRURGIA PLASTICA | 1.981 | - | - | - | 1.981 |
| 36 | GERIATRIA | - | 1.251 | 730 | 1.528 | 3.510 |
| 37 | CHIRURGIA VASCOLARE | 376 | - | - | 1.147 | 1.523 |
| 41 | NEUROPSICHIATRIA INFANTILE | 53 | 1.147 | 97 | - | 1.298 |
| 65 | MEDICINA LEGALE | 1.981 | - | - | - | 1.981 |
| 69 | SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETOLOGIA | 1.512 | - | - | - | 1.512 |
| 101 | ANGIOLOGIA | 1.981 | - | - | - | 1.981 |
| 103 | DERMATOLOGIA | 2.027 | 1.251 | 1.884 | 1.929 | 7.092 |
| 104 | FISIOCHINESITERAPIA | 3.815 | 1.929 | 5.252 | 3.859 | 14.855 |
| 106 | GASTROENTEROLOGIA | - | 1.981 | 417 | 1.701 | 4.100 |
| 109 | ODONTOIATRIA | 3.694 | 2.095 | 74 | 3.341 | 9.204 |
| 110 | ORTOPEDIA | 2.920 | - | - | - | 2.920 |
| 112 | RADIOLOGIA | 1.981 | 3.002 | 2.451 | 939 | 8.373 |
| 113 | TOSSICOLOGIA MEDICA | - | 1.981 | - | - | 1.981 |
| 143 | ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE | - | - | - | 1.981 | 1.981 |
| 509 | MEDICINA NUCLEARE | 1.981 | - | - | - | 1.981 |
| Totale complessivo | | 59.087 | 40.520 | 28.394 | 46.980 | 174.981 |

Fonte:Edotto

Albero della Performance

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

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

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

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

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

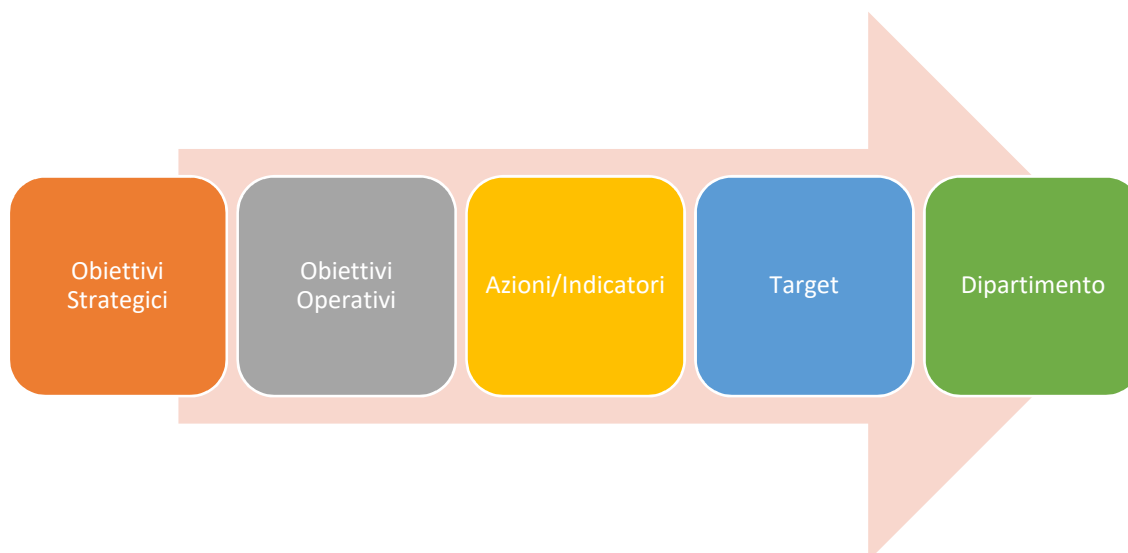
Nella costruzione del Piano della Performance sono state individuate sedici diverse **Aree strategiche**, comprensive degli obiettivi di mandato, degli obiettivi a pena di decadenza e degli obiettivi economico-gestionali. Le predette Aree strategiche sono coincidenti con le macro-aree obiettivo in cui sono stati riclassificati dalla Regione Puglia gli obiettivi di performance assegnati alle Aziende Sanitari Locali ed individuati in quanto oggetto di specifiche osservazioni e rilevazioni di criticità da parte del M.E.S., ovvero perché inseriti nell'ambito delle strategie regionali della Deliberazione di Giunta Regionale n. 2437 del 30.12.2019.

gestionali.

Le Aree strategiche risultano così individuate:

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

Processo a blocchi continuo



Il grafico mostra una progressione dei passaggi sequenziali per le attività di individuazione e assegnazione degli obiettivi ai dipartimenti.

Si rimanda alla griglia allegata per un ulteriore dettaglio.

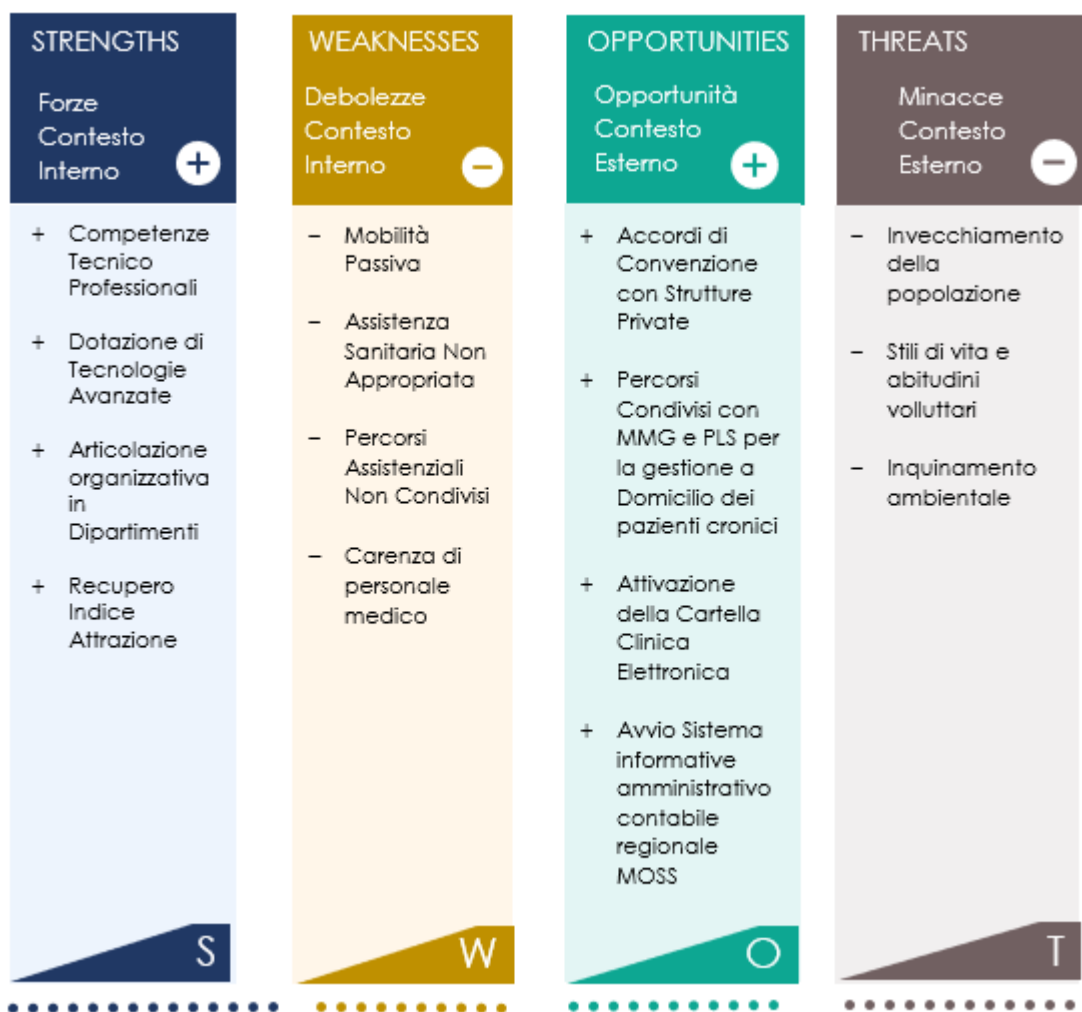
Analisi SWOT

L'analisi SWOT⁴ costituisce una parte rilevante del presente Piano in quanto consente di sintetizzare e rappresentare plasticamente le dimensioni in cui si trova ad operare l'Azienda. Le considerazioni elaborate attraverso questo strumento sono frutto delle sensibilità raccolte all'interno delle strutture aziendali in fase di elaborazione del Piano.

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

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

⁴ SWOT: Strengths (punti di forza), Weaknesses (punti di debolezza), Opportunities (opportunità) e Threats (minacce).



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

PUNTI DI FORZA

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

PUNTI DI DEBOLEZZA

- Mobilità passiva per alcune discipline

- Non sempre i Presidi Ospedalieri operano come strutture deputate al solo trattamento delle acuzie, ma prestano ancora assistenza sanitaria talvolta gestibile in ambito territoriale
- Non sufficiente implementazione di percorsi assistenziali condivisi tra Unità operative
- Migliorare i percorsi tesi ad integrare l'ospedale con il territorio.

OBIETTIVI STRATEGICI

Pianificazione Strategica

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

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

Le politiche e le strategie vengono declinate in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso il processo di *budgeting*.

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

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

Gli obiettivi strategici aziendali sono delineati dalle varie fonti normative regionali che hanno un diverso grado di vincolo, ma tutte ugualmente convergenti nell'orientare l'azione aziendale secondo la direzione tracciata dalla Giunta Regionale. A tal proposito è importante, infatti, richiamare la Deliberazione di Giunta Regionale 02/08/2019 n. 1487, con cui è stato approvato lo schema di contratto di prestazione d'opera intellettuale da

stipularsi con i Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali del Servizio Sanitario Regionale della Puglia, ed in particolare l'art. 4 ("Obiettivi") dello stesso schema di contratto, stabilisce che, fermi restando gli obiettivi vincolanti a pena di decadenza allo stesso allegati, il Direttore Generale è tenuto al rispetto degli obiettivi di mandato indicati nell'atto di nomina e degli obiettivi gestionali di carattere economico-finanziario e di salute individuati dalla Giunta Regionale con apposito provvedimento.

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

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

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

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

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

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

- A.1) Garanzia di impiego del sistema di contabilità analitica per centri di costo e responsabilità che consenta analisi comparative di costi, rendimenti e risultati, nel rispetto delle direttive regionali in materia nonché di quanto previsto dalla legge;
- A.2) Rispetto del Piano Esecutivo di Dettaglio (PED) e messa a punto di tutte le attività necessarie ai fini dell'implementazione e gestione del nuovo "Sistema informativo per il monitoraggio della spesa del Servizio Sanitario - MOSS";
- A.3) Attuazione della programmazione regionale in materia di rete ospedaliera;
- A.4) Contenimento della spesa del personale entro i limiti fissati dalla normativa vigente e rideterminazione della dotazione organica secondo le linee guida regionali;
- A.5) Rispetto della soglia limite di spesa farmaceutica convenzionata in coerenza con la normativa nazionale e regionale in materia;
- A.6) Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, nonché della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici in coerenza con la normativa nazionale e regionale in materia;
- A.7) Verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale, ivi compresi gli Enti ecclesiastici e gli IRCSS;
- A.8) Rispetto delle disposizioni vigenti in materia di Sanità Elettronica;
- A.9) Qualificazione dei programmi di screening ed adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali;
- A.10) Attuazione del Piano di Controllo Regionale Pluriennale (PCRP) e rispetto delle relative frequenze di Controllo Ufficiale stabilite in materia di alimenti, mangimi, salute animale, sottoprodotti di origine animale, benessere degli animali, prescrizioni per l'immissione in commercio e l'uso di prodotti fitosanitari;
- A.11) Attuazione del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 e degli altri Piani Nazionali e Regionali in materia di Prevenzione e Promozione della Salute (PNPV, PanFlu, PNCAR, PNA, etc);
- A.12) Rispetto degli obblighi contenuti nei disciplinari, sottoscritti per la gestione dei fondi comunitari e/o nazionali, con particolare riferimento al pieno raggiungimento delle prevenzioni di spesa comunicate e dell'aggiornamento dei tempi di attesa;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fermo restando quanto previsto al co. 3 dell'art. 9 del D.L. 24 aprile 2014, n. 66, convertito con modificazioni, dalla L. n. 89/2014, gli Enti del SSR sono inoltre tenuti al rispetto della programmazione regionale, con la quale sono individuate le categorie di beni e servizi che devono acquisire obbligatoriamente in forma aggregata o comunque facendo ricorso al Soggetto aggregatore regionale ai sensi dell'art. 21 della L.R. n. 37 /2014.

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

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

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

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

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

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

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

Con riferimento al piano della performance 2024-2026 dell'ASL BR, allegato al presente documento, si precisa che gli obiettivi sono stati individuati secondo le indicazioni riportate nella DGR 1558/2023, in quanto alla data del presente documento non risultano essere stati individuati, da parte della Regione Puglia, gli obiettivi economico-gestionali 2025 e 2026.

La gestione del piano della performance, a sua volta, è correlata alla gestione del ciclo di "budget" aziendale, strutturato attraverso l'individuazione di obiettivi che la direzione aziendale assegna in relazione ai periodi temporali oggetto della negoziazione.

Tale azione intende connettere strettamente la gestione del piano della performance aziendale alla valutazione del personale, sia sotto il profilo organizzativo che sotto il profilo individuale, secondo criteri di valutazione concertati nelle sedi competenti.

Azioni/Indicatori e target di riferimento

Al fine di rendere gli obiettivi operativi effettivamente significativi e rendicontabili occorre fissare dei *target* di raggiungimento dei risultati. Nel caso del presente Piano l'orizzonte temporale di riferimento è triennale e ciò consente di monitorare anno per anno l'andamento di tali obiettivi attraverso un Sistema di indicatori qualitativi e quantitativi.

L'allegato 1 al presente documento espone, per ciascun obiettivo operativo, il relativo indicatore e *target*; tali target verranno monitorati durante il corso dell'anno con il supporto delle Strutture aziendali. Questo strumento consentirà di rendicontare la Performance nelle **Relazioni** che seguiranno al presente Piano.

Ciclo delle performance

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

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

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

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

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

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

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

Al fine di rendere il Piano della Performance uno strumento integrato con l'effettivo andamento della gestione aziendale è necessaria la realizzazione un collegamento fra gli obiettivi strategici presentati, il processo di budget e il processo di valutazione delle Performance individuali.

A questo scopo sono stati definiti gli obiettivi operativi/azioni ad essi collegati, che descrivono ciò che l'organizzazione deve realizzare o perseguire, e si è formulato un collegamento con gli obiettivi strategici riportati nel Piano della Performance, dando risalto ai dipartimenti assegnatari di tali obiettivi.

La definizione degli obiettivi operativi verrà negoziata dalla Direzione e dai singoli Responsabili di Dipartimento e/o Responsabili di UOC e UOSD. Durante la fase negoziale ogni Responsabile, sulla base di informazioni storiche sui propri dati di attività e di costo, formula proposte di azione per il conseguimento degli obiettivi strategici individuati all'interno di una o più aree strategiche.

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

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

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

Correlazione con il piano per la prevenzione della corruzione

In attuazione del D.Lgs. n. 97/2016 che ha modificato la L. 190/2012, il presente documento è inserito nel Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) anno 2024, di cui il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, ne costituisce apposita sezione.

In Analogia a quanto già fatto per gli anni passati, anche in occasione della stesura del Documento di *Budget* 2024 (**Schede degli obiettivi operativi annuali**) l’Azienda inserirà un obiettivo comune a tutti i Centri di Responsabilità riguardante la partecipazione degli operatori ad iniziative formative inerenti alle prescrizioni normative per la prevenzione della corruzione.

| Obiettivi Operativi | Azione/Indicatore | Target 2024 |
|---|---|--|
| Prevenzione della corruzione ai sensi della L. 190/2012, come modificata con D.Lgs. n. 97/2016 | Partecipazione ad almeno un evento formativo aziendale in materia di prevenzione della corruzione | N° partecipanti per CdR a almeno 1 evento formativo \geq 1 |

Correlazione con il sistema di valutazione della performance individuale

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

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

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

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

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

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

E' opportuno evidenziare che l'ASL BR ha già avviato i tavoli di confronto con le organizzazioni sindacali al fine di portare a pieno regime il sistema di valutazione e misurazione della performance secondo le disposizioni normative vigenti.

Ad oggi, però, la valutazione individuale del personale – sia quello afferente alle aree dirigenziali, sia quello afferente al Comparto – è articolata secondo i criteri e le procedure descritte nei vigenti Contratti Collettivi Integrativi Aziendali – e si fondano su elementi di carattere collaborativo – comportamentale – relazionale e, quindi, non in diretta correlazione con il perseguimento di obiettivi predeterminati.

Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance

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

Il ciclo della *Performance* deve prevedere uno stretto legame tra gli obiettivi dell'organizzazione e quelli del personale. Qualsiasi valutazione dei risultati raggiunti dal personale che opera nell'Amministrazione non potrà non essere correlata ai risultati ottenuti dall'organizzazione nel suo complesso.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si precisa inoltre che, relativamente al personale del comparto, nel corso dell'anno 2022, in coerenza con il predetto nuovo modello organizzativo aziendale su base dipartimentale, è stata definita la nuova articolazione degli Incarichi di Funzione (che, con il CCNL Comparto Sanità 21/05/2018, hanno integrato e sostituito i

precedenti incarichi di titolarità di Coordinamento e Posizione Organizzativa) e si è proceduto al conferimento di tali nuovi incarichi.

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

Ciclo della *Performance*



ALLEGATI TECNICI

- Allegato 1: Scheda Obiettivi

| Area Strategica | Obiettivi Strategici | Obiettivi Operativi | Azioni/Indicatori | Formula indicatore | Flusso / Sistema informativo | Valore 2022 | Target 2022 | Target 2023 | Target 2024 | Target 2025 | Target 2026 | Note / Descrizione | Dipartimento |
|---|---|---|---|---|------------------------------|-------------|-------------|--|--|--|--|--|--|
| OBIETTIVI DI MANDATO | OBIETTIVI DI MANDATO (D.G.R. n.1237 del 10.08.2023) | Contenimento della spesa del personale entro i limiti fissati dalla normativa vigente e rideterminazione della dotazione organica secondo le linee guida regionali | Contenimento della spesa del personale entro i limiti fissati dalla normativa vigente e rideterminazione della dotazione organica secondo le linee guida regionali | | | | | | | | | | DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO |
| OBIETTIVI DI MANDATO | OBIETTIVI DI MANDATO (D.G.R. n.1237 del 10.08.2023) | Rispetto degli obblighi contenuti nei disciplinari, sottoscritti per la gestione dei fondi comunitari e/o nazionali, con particolare riferimento al pieno raggiungimento delle prevenzioni di spesa comunicate e dell'aggiornamento del sistema informativo di | Rispetto degli obblighi contenuti nei disciplinari, sottoscritti per la gestione dei fondi comunitari e/o nazionali, con particolare riferimento al pieno raggiungimento delle prevenzioni di spesa comunicate e dell'aggiornamento del sistema informativo di | | | | | | | | | | DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI |
| OBIETTIVI DI MANDATO | OBIETTIVI DI MANDATO (D.G.R. n.1237 del 10.08.2023) | Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 | Partecipazione ad almeno un evento formativo aziendale in materia di prevenzione della corruzione | | | | | | N° partecipanti per CdR a almeno 1 evento formativo ≥ 1 | N° partecipanti per CdR a almeno 1 evento formativo ≥ 1 | N° partecipanti per CdR a almeno 1 evento formativo ≥ 1 | | COORDINAMENTO DELLE DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO OSPEDALIERO - DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE - DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI - DIPARTIMENTO CARDIO/PNEUMOLOGICO/RIABILITATIVO - DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO - DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE - DIPARTIMENTO FARMACEUTICO - DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO - DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE - DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO - DIPARTIMENTO MEDICO - DIPARTIMENTO ONCO/EMATOLOGICO/RADIOTERAPICO/RADIODIAGNOSTICO - DIPARTIMENTO PREVENZIONE - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE - STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE - UOC CON BUDGET AUTONOMO NEFROLOGIA E DIALISI |
| OBIETTIVI A PENA DI DECADENZA | OBIETTIVI A PENA DI DECADENZA (D.G.R. n.1487 del 02.08.2019) | Rispetto delle leggi e del principio di buon andamento ed imparzialità dell'Amministrazione. | Rispetto delle leggi e del principio di buon andamento ed imparzialità dell'Amministrazione. | | | | | | | | | | COORDINAMENTO DELLE DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO OSPEDALIERO - DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE - DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI - DIPARTIMENTO FARMACEUTICO - DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO - STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE |
| OBIETTIVI A PENA DI DECADENZA | OBIETTIVI A PENA DI DECADENZA (D.G.R. n.1487 del 02.08.2019) | Acquisto di beni e servizi. Gli Enti dei SSR, ai sensi dell'art. 1, co. 449, della legge n. 296/2006 e dell'art. 15, co. 13, lett. d), del decreto legge n.95/2012, hanno l'obbligo di ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni attivate da In | Acquisto di beni e servizi. Gli Enti dei SSR, ai sensi dell'art. 1, co. 449, della legge n. 296/2006 e dell'art. 15, co. 13, lett. d), del decreto legge n.95/2012, hanno l'obbligo di ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni attivate da In | | | | | | | | | | DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI |
| OBIETTIVI A PENA DI DECADENZA | OBIETTIVI A PENA DI DECADENZA (D.G.R. n.1487 del 02.08.2019) | Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria. | Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria. | | | | | | | | | | DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO |
| OBIETTIVI A PENA DI DECADENZA | OBIETTIVI A PENA DI DECADENZA (D.G.R. n.1487 del 02.08.2019) | Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel Sistema Informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali. | Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel Sistema Informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali. | | | | | | | | | | DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE - DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI - DIPARTIMENTO CARDIO/PNEUMOLOGICO/RIABILITATIVO - DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO - DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE - DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA - DIPARTIMENTO FARMACEUTICO - DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO - DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE - DIPARTIMENTO MEDICO - DIPARTIMENTO ONCO/EMATOLOGICO/RADIOTERAPICO/RADIODIAGNOSTICO - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE - STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE - UOC CON BUDGET AUTONOMO NEFROLOGIA E DIALISI |
| OBIETTIVI A PENA DI DECADENZA | OBIETTIVI A PENA DI DECADENZA (D.G.R. n.1487 del 02.08.2019) | Controllo e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, entro i limiti del budget ad essi attribuito. | Controllo e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, entro i limiti del budget ad essi attribuito. | | | | | | | | | | DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE - DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO |
| Aspetti Economico-Finanziari e di Controllo di Gestione | Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE) | Riduzione tempi pagamento | Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014 | L'indice di tempestività dei pagamenti (ITP), ai sensi dell'art. 9 del DPCM del 22 settembre 2014, è calcolato come la somma, per ciascuna fattura emessa a titolo di corrispettivo di una transazione commerciale dei giorni effettivi intercorrenti tra la da | | | ITP <= 0 | ITP <= 0 | ITP <= 0 | ITP <= 0 | ITP <= 0 | Ai sensi dell' art. 1, comma 865, della legge n. 145/2018, la quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo non può essere inferiore al 30 per cento. | DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE - DIPARTIMENTO PREVENZIONE - DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO - STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE |
| Aspetti Economico-Finanziari e di Controllo di Gestione | Rispetto delle scadenze per il monitoraggio dei conti del sistema sanitario | | Al fine del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario e di quanto prescritto dal comma n.174, art. 1 della Legge n. 311/2004, si rende necessario fissare alcune scadenze inprocastinabili che le Aziende del S.S.R. devono rispettare con riferimento | > Entro il 1 febbraio dell'anno successivo all'esercizio di riferimento - Trasmissione, previo invio di apposite linee guida, dell'istruttoria economica con riferimento all'esercizio economico precedente: o CE IV trimestre (modello NSIS) al lordo e al net | | | | Rispetto delle scadenze nel 2024 con riferimento all'esercizio economico 2023. | Rispetto delle scadenze nel 2025 con riferimento all'esercizio economico 2024. | Rispetto delle scadenze nel 2025 con riferimento all'esercizio economico 2024. | Rispetto delle scadenze nel 2025 con riferimento all'esercizio economico 2024. | | DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO |
| Aspetti Economico-Finanziari e di Controllo di Gestione | Gestione Sanitaria Accentrata | Quadratura tra Contabilità Analitica e Contabilità generale | Trasmissione, entro il 30 giugno, del Bilancio di verifica per Centro di costo in quadratura con il Bilancio dell'esercizio relativo all'esercizio precedente, al fine di garantire il monitoraggio dei costi e la correlazione con i dati di attività e di str | | | | | Invio entro il 30 giugno 2023 | Invio entro il 30 giugno 2024 | Invio entro il 30 giugno 2024 | Invio entro il 30 giugno 2024 | | DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO - STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE |
| Aspetti Economico-Finanziari e di Controllo di Gestione | Gestione Sanitaria Accentrata | Quadratura tra Contabilità Analitica e Contabilità generale | Trasmissione, entro il 01 agosto, del Bilancio di verifica per Centro di costo al 30.06.2024 in quadratura con il Conto Economico- Modello CE al 30.06.2024, al fine di garantire il monitoraggio dei costi e la correlazione con i dati di attività e di strut | Data trasmissione documenti / data effettiva | | | | Invio entro il 01 agosto 2023 | Invio entro il 01 agosto 2024 | Invio entro il 01 agosto 2024 | Invio entro il 01 agosto 2024 | | DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO - STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE |
| Aspetti Economico-Finanziari e di Controllo di Gestione | Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) | Avvio sistema MOSS | Per le 6 aziende non avviate in SI MOSS: ASL Bari, ASL Brindisi, Asl Bat, IRCCS De Bellis, ASL Taranto, AOU Ospedali Riuniti di Foggia. -> Dismissione del precedente sistema informativo contabile e avvio in esercizio del Sistema Informativo per il Monitor | Data di avvio prevista / data effettiva | MOSS | | | Effettivo avvio in esercizio del MOSS certificato dalla softwarehouse | 90% | 100% | 100% | 100% | COORDINAMENTO DELLE DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO OSPEDALIERO - DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE - DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI - DIPARTIMENTO CARDIO/PNEUMOLOGICO/RIABILITATIVO - DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO - DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE - DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA - DIPARTIMENTO FARMACEUTICO - DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO - DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE - DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO - DIPARTIMENTO MEDICO - DIPARTIMENTO ONCO/EMATOLOGICO/RADIOTERAPICO/RADIODIAGNOSTICO - DIPARTIMENTO PREVENZIONE - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE - STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE - UOC CON BUDGET AUTONOMO NEFROLOGIA E DIALISI |

| Area Strategica | Obiettivi Strategici | Obiettivi Operativi | Azioni/Indicatori | Formula indicatore | Flusso / Sistema informativo | Valore 2022 | Target 2022 | Target 2023 | Target 2024 | Target 2025 | Target 2026 | Note / Descrizione | Dipartimento |
|---|---|--|--|--|---|-------------|-------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--|---|
| Aspetti Economico-Finanziari e di Controllo di Gestione | Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) | Avvio controllo interno | Avvio del processo di controllo interno in tutte le aziende secondo gli indicatori che verranno definiti con Atto Dirigenziale di futura predisposizione. | Numero processi avviati / Numero processi previsti | MOSS | | n.p. | 80% | 100% | 100% | 100% | | STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE |
| ASSISTENZA FARMACEUTICA | Assistenza farmaceutica | Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici | Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL/Regione | Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente Denominazione: Popolazione residente Fattore di scala: (x 1.000) | Farmaceutica convenzionata ex art. 50 L. N.326/2003 e s.m.i., flusso Distribuzione diretta e per conto (DM 31 luglio 2007), ISTAT Popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento | | 7263 | 7263 | 7263 | 7263 | 7263 | sulla base delle soglie NSG 2021 | DIPARTIMENTO FARMACEUTICO |
| ASSISTENZA FARMACEUTICA | Farmaceutica convenzionata | Diminuzione della spesa farmaceutica convenzionata | Spesa netta DCR aziendale convenzionata, al netto del valore del payback rilevato dal report AIFA spesa farmaceutica (ripartito sulla base della popolazione pesata della ASL) e addizionata del valore del ticket | Spesa netta DCR - PAYBACK + TICKET =< Tetto aziendale assegnato con Delibera di Giunta Regionale | Sistema informativo Direzionale Edotto | | | 100% | 100% | 100% | 100% | Rispetto del Tetto di spesa farmaceutica convenzionata aziendale assegnato con D.G.R. 511/2023 | DIPARTIMENTO FARMACEUTICO |
| ASSISTENZA FARMACEUTICA | Farmaceutica acquisti diretti | Diminuzione della spesa farmaceutica convenzionata | Spesa netta farmaceutica Acquisti diretti rilevata da flussi dei consumi aziendali al netto del valore del payback rilevato dal report AIFA spesa farmaceutica (ripartito in maniera proporzionale al tetto aziendale rispetto al tetto regionale) di vaccini e | Spesa netta Acquisti Diretti farmaci e gas medicali - PAYBACK - spesa netta vaccini spesa netta farmaci innovativi con accesso al fondo=<Tetto aziendale assegnato con Delibera di Giunta Regionale | Sistema informativo Direzionale Edotto | | | 100% | 100% | 100% | 100% | Rispetto del Tetto di spesa farmaceutica per acquisti diretti aziendale assegnato con D.G.R. 513/2023 | DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI - DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE - UOC CON BUDGET AUTONOMO NEFROLOGIA E DIALISI - DIPARTIMENTO ONCO/EMATOLOGICO/RADIOTERAPICO/RADIODIAGNOSTICO - DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE - DIPARTIMENTO MEDICO - DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO - DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA - DIPARTIMENTO CARDIO/PNEUMOLOGICO/RIABILITATIVO - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE - DIPARTIMENTO FARMACEUTICO |
| ASSISTENZA FARMACEUTICA | Dispositivi medici | Diminuzione della spesa per dispositivi medici | Spesa per Acquisto diretto di DM rilevata dai Conti Economici aziendali | Spesa netta Acquisti Diretti DM =<Tetto aziendale assegnato con Delibera di Giunta Regionale | Sistema informativo Direzionale Edotto | | | 100% | 100% | 100% | 100% | Raggiungimento dell' obiettivo minimo di riduzione di spesa assegnato per l'anno di riferimento con D.G.R. 512/2023 | DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE - DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI - DIPARTIMENTO CARDIO/PNEUMOLOGICO/RIABILITATIVO - DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO - DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA - DIPARTIMENTO FARMACEUTICO - DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO - DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO - STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE - UOC CON BUDGET AUTONOMO NEFROLOGIA E DIALISI |
| Prevenzione e Promozione della Salute | Piano Regionale Prevenzione | Completezza e qualità dei dati e realizzazione obiettivi PRP | Caricamento dati e documenti nella piattaforma nazionale PRP e raggiungimento obiettivi previsti dai Programmi del PRP (Questionario LEA 2021 - U.1.1) | 1) Dati e documenti caricati entro i termini previsti dal Ministero / Dati e documenti previsti 2) Raggiungimento obiettivi annuali del PRP | Piattaforma Ministero | | | 1) 100% 2) 100% | 1) 100% 2) 100% | 1) 100% 2) 100% | 1) 100% 2) 100% | Per gli obiettivi di ciascun Programma del PRP si vedano le schede di dettaglio già nella disponibilità delle ASL | DIPARTIMENTO PREVENZIONE |
| Prevenzione e Promozione della Salute | Flussi informativi dei Sistemi di sorveglianza | Completezza e qualità dei dati | Livello di qualità, completezza e tempestività nei flussi informativi previsti dal questionario LEA, da disposizioni nazionali e regionali afferenti all'ambito della prevenzione e della promozione della salute (Questionario LEA+Obblighi informativi Puglia) | Rapporto percentuale tra livello atteso di completezza e qualità dei dati e livello rilevato | Sistemi informativi nazionali e regionali | | | 100% | 100% | 100% | 100% | Rappresenta il livello di completezza, qualità e tempestività nell'alimentazione dei flussi informativi dell'ambito prevenzione e promozione della salute gestiti mediante sistemi informativi nazionali e regionali | DIPARTIMENTO PREVENZIONE |
| Prevenzione e Promozione della Salute | Prevenzione malattie infettive e vaccinazioni | Potenziamento attività di prevenzione vaccinale | Copertura vaccinale anti-HPV (NSG - P05C) | Rapporto percentuale tra numero di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con cicli completi e numero di bambine della rispettiva coorte di nascita. | GIAVA | | ≥ 95 | ≥ 95 | ≥ 95 | ≥ 95 | ≥ 95 | Indicatore NO CORE | DIPARTIMENTO PREVENZIONE |
| Prevenzione e Promozione della Salute | Prevenzione malattie infettive e vaccinazioni | Potenziamento attività di prevenzione vaccinale | Copertura vaccinale anti-meningococcica C (NSG - P04C) | Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (1 dose nel secondo anno di vita; ovvero tre dosi nel corso del primo anno di vita se a rischio) per anti-meningococcica C e numero di soggetti della rispettiva | GIAVA | 87% | ≥ 95 | ≥ 95 | ≥ 95 | ≥ 95 | ≥ 95 | Indicatore NO CORE | DIPARTIMENTO PREVENZIONE |
| Prevenzione e Promozione della Salute | Prevenzione malattie infettive e vaccinazioni | Potenziamento attività di prevenzione vaccinale | Copertura vaccinale anti-pneumococcica (NSG - P03C) | Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo, per età, per antipneumococcica e numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima). | GIAVA | 92% | ≥ 95 | ≥ 95 | ≥ 95 | ≥ 95 | ≥ 95 | Indicatore NO CORE | DIPARTIMENTO PREVENZIONE |
| Prevenzione e Promozione della Salute | Prevenzione malattie infettive e vaccinazioni | Potenziamento attività di prevenzione vaccinale | Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) (NSG - P01C) | Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (3 dosi) e numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima). | GIAVA | 95% | ≥ 95 | ≥ 95 | ≥ 95 | ≥ 95 | ≥ 95 | Indicatore CORE | DIPARTIMENTO PREVENZIONE |
| Prevenzione e Promozione della Salute | Prevenzione malattie infettive e vaccinazioni | Potenziamento attività di prevenzione vaccinale | Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) (NSG - P02C) | Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose e numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima). | GIAVA | 95% | ≥ 95 | ≥ 95 | ≥ 95 | ≥ 95 | ≥ 95 | Indicatore CORE | DIPARTIMENTO PREVENZIONE |

| Area Strategica | Obiettivi Strategici | Obiettivi Operativi | Azioni/Indicatori | Formula indicatore | Flusso / Sistema informativo | Valore 2022 | Target 2022 | Target 2023 | Target 2024 | Target 2025 | Target 2026 | Note / Descrizione | Dipartimento |
|---------------------------------------|---|--|---|---|--|----------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--|--|
| Prevenzione e Promozione della Salute | Prevenzione malattie infettive e vaccinazioni | Potenziamento attività di prevenzione vaccinale | Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (NSG - P06C) | Rapporto percentuale tra: numero di vaccinazioni antinfluenzali stagionali effettuate nei soggetti di età pari o superiore a 65 anni e popolazione residente degli ultrasessantacinquenni | GIAVA | 55% | ≥75% | ≥75% | ≥75% | ≥75% | ≥75% | Indicatore NO CORE | DIPARTIMENTO PREVENZIONE |
| Prevenzione e Promozione della Salute | Prevenzione malattie infettive e vaccinazioni | Attuazione linee strategiche e organizzative del Piano Regionale Prevenzione Vaccinale (PRPV) | Adozione provvedimenti aziendali per l'organizzazione e il potenziamento dell'offerta vaccinale per il perseguimento degli obiettivi del PRPV | Azioni completate / Azioni previste dal PRPV | GIAVA + Rilevazioni "ad hoc" | | n.a. | 5% | 80% | 80% | 80% | Si intende la percentuale di completamento delle azioni di dettaglio previste a carico di ciascuna ASL, AOU, IRCCS pubblico dal PRPV | DIPARTIMENTO PREVENZIONE |
| Prevenzione e Promozione della Salute | Prevenzione malattie infettive e vaccinazioni | PanFlu Puglia 2021-2023 e PanFlu Puglia 2024-2026 | Adozione provvedimenti aziendali per l'organizzazione e il potenziamento delle attività previste dal PanFlu Puglia 2021-2023 e 2024-2026 | Azioni completate / Azioni previste dal PanFlu Puglia | IRIS + "Rilevazioni "ad hoc" | | n.a. | 10% | 50% | 50% | 50% | Si intende la percentuale di completamento delle azioni di dettaglio previste a carico di ciascuna ASL, AOU, IRCCS pubblico dal PanFlu | DIPARTIMENTO PREVENZIONE |
| Prevenzione e Promozione della Salute | Prevenzione malattie infettive e vaccinazioni | PNC PRACSI Investimento 1.1 "Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima" | Realizzazione interventi finanziati nei tempi previsti dal cronoprogramma e dagli Accordi ISS-Regione-ASL-ARPA-ISS al fine di rafforzare le strutture del SRPS-SNPA | Interventi realizzati e rendicontati / Cronoprogramma PNC-PRACSI | PNC PRACSI | | n.a. | 100% | 100% | 100% | 100% | Si intende la percentuale di completamento nei tempi previsti del cronoprogramma PNC PRACSI | DIPARTIMENTO PREVENZIONE |
| Prevenzione e Promozione della Salute | Prevenzione malattie infettive e vaccinazioni | PRCAR Puglia 2023-2025 | Adozione provvedimenti aziendali per l'organizzazione e il potenziamento delle attività previste dal PRCAR 2023-2025 | Azioni completate / Azioni previste dal PRCAR Puglia | da definire | | n.a. | 10% | 70% | 70% | 70% | Si intende la percentuale di completamento delle azioni di dettaglio previste a carico di ciascuna ASL, AOU, IRCCS pubblico dal PRCAR | DIPARTIMENTO PREVENZIONE |
| Prevenzione e Promozione della Salute | Screening oncologici | Potenziamento screening oncologici | Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina (NSG - P15Ca) (Adesione) | Rapporto tra numero di soggetti residenti nella Regione che eseguono il test di screening di primo livello e numero di soggetti residenti nella Regione, in età target secondo le raccomandazioni ministeriali. | SirS | 52% (Ind. LEA) | 41,56 | 50 | 55 | 55 | 55 | Indicatore CORE L'adesione deve essere crescente rispetto all'anno precedente e tendente al 100% Il calcolo dell'indicatore avviene secondo la formula prevista dalle Note alla compilazione del Questionario LEA 2021 | DIPARTIMENTO PREVENZIONE - STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE - DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE - DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE - DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO |
| Prevenzione e Promozione della Salute | Screening oncologici | Potenziamento screening oncologici | Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella (NSG - P15Cb) | Rapporto tra numero di soggetti residenti nella Regione che eseguono il test di screening di primo livello e numero di soggetti residenti nella Regione, in età target secondo le raccomandazioni ministeriali, per ciascun programma (mammella, cervice uterin | SirS | 67% (Ind. LEA) | 30,1 | 35 | 40 | 40 | 40 | Indicatore CORE L'adesione deve essere crescente rispetto all'anno precedente e tendente al 100% Il calcolo dell'indicatore avviene secondo la formula prevista dalle Note alla compilazione del Questionario LEA 2021 | DIPARTIMENTO ONCO/EMATOLOGICO/RADIOTERAPICO/RADIODIAGNOSTICO - DIPARTIMENTO PREVENZIONE - STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE |
| Prevenzione e Promozione della Salute | Screening oncologici | Potenziamento screening oncologici | Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto (NSG - P15Cc) | Rapporto tra numero di soggetti residenti nella Regione che eseguono il test di screening di primo livello e numero di soggetti residenti nella Regione, in età target secondo le raccomandazioni ministeriali. | SirS | 18% (Ind. LEA) | 11,4 | 15 | 20 | 20 | 20 | Indicatore CORE L'adesione deve essere crescente rispetto all'anno precedente e tendente al 100% Il calcolo dell'indicatore avviene secondo la formula prevista dalle Note alla compilazione del Questionario LEA 2021 | DIPARTIMENTO MEDICO - STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE - DIPARTIMENTO PREVENZIONE |
| Prevenzione e Promozione della Salute | Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani | Indicatore composito sugli stili di vita. | Proporzione di soggetti con comportamenti/stili di vita non salutari. (NSG - P14C) | % li soggetti che presentano un punteggio maggiore o uguale a due (inteso come somma dei punteggi relativi a 4 indicatori: Fumo/ eccesso ponderale, alcool e sedentarietà) sulla popolazione stimata residente (18 -69) | Sistema sorveglianza PASSI | | < valore baseline | < valore baseline | < valore baseline | < valore baseline | < valore baseline | CORE | DIPARTIMENTO PREVENZIONE |
| Prevenzione e Sicurezza Alimentare | Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori | Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di controlli ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabilita su OSA Registrati | Numero di controlli minimi su OSA registrati ai sensi del Reg. CE 852/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Registrati Reg. CE 852/04 | numero di ispezioni e audit effettuati/ numero di OSA Registrati Reg. CE 852/04*100 | RIVERA - Rendicontazione All 9 Accordo Stato Regioni del 10 novembre 2016, rep 212 | | 20% | 20% | 20% | 20% | 20% | | DIPARTIMENTO PREVENZIONE |
| Prevenzione e Sicurezza Alimentare | Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori | Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e | Livello di copertura di base delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di | % = (% di copertura del PNR x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari x 0,2) | RADISAN | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | CORE | DIPARTIMENTO PREVENZIONE |

| Area Strategica | Obiettivi Strategici | Obiettivi Operativi | Azioni/Indicatori | Formula indicatore | Flusso / Sistema informativo | Valore 2022 | Target 2022 | Target 2023 | Target 2024 | Target 2025 | Target 2026 | Note / Descrizione | Dipartimento |
|------------------------------------|--|---|--|---|--|------------------|-------------|--|--|--|--|--|--|
| Prevenzione e Sicurezza Alimentare | Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori | Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di controlli ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabilita su OSA Riconosciuti | Numero di controlli minimi su OSA riconosciuti ai sensi del Reg. CE 853/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Riconosciuti Reg. CE 853/04 (NSG - P 13Z) | numero di ispezione e audit effettuati / numero di OSA Riconosciuti Reg. CE 853/04*100 | RIVERA - Rendicontazione All 9 Accordo Stato Regioni del 10 novembre 2016, rep 213 | | 33% | 33% | 33% | 33% | 33% | NO CORE | DIPARTIMENTO PREVENZIONE |
| Prevenzione Sanità Veterinaria | Salute animale e igiene urbana veterinaria. | Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il Cittadino. | Livello di copertura di base delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino (NSG - P1) | % = (% aziende bovine controllate per anagrafe x 0,1) + (% aziende ovicaprine controllate per anagrafe x 0,05) + (% capi ovicapri controllati per anagrafe x 0,05) + (% aziende suine controllate per anagrafe x 0,1) + (% aziende equine controllate per | Sistema Informativo Veterinario - VETINFO / Flusso PNAAs / Flusso informativo farmacovigilanza | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | CORE | DIPARTIMENTO PREVENZIONE |
| Investimenti strutturali | Capacità progettuale e spesa per investimenti | Rispetto degli obblighi previsti da PNRR nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR) | Raggiungimento del target di spesa | RAGGIUNTO/NON RAGGIUNTO | MIR /MIRWEB | | | 100% | 100% | 100% | 100% | | DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI |
| Investimenti strutturali | Capacità progettuale e spesa per investimenti | Rispetto degli obblighi previsti nel PNRR | Indicatore fissati nel CIS | RAGGIUNTO / NON RAGGIUNTO | REGIS | | | 100% | 100% | 100% | 100% | Rispetto delle scadenze di milestone e target PNRR | DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI |
| Investimenti strutturali | Completezza e Qualità dei Flussi informativi | Rispetto degli obblighi previsti da PNRR nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR) | Corretta implementazione dei dati nel sistema MIR per consentire la chiusura del programma 2014/2020 | SI/NO | MIR /MIRWEB | | | 100% | 100% | 100% | 100% | | DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI |
| Sanità Digitale | Digitalizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico | Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 | Indicatori fissati nel DM 8/8/2022 - Documenti indicizzati/n.ro di prestazioni erogate | Documenti indicizzati/n.ro di prestazioni erogate | REGIS e sistema INI | | >90% | >90% | >90% | >90% | >90% | | DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI |
| Sanità Digitale | Digitalizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico | Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 | Indicatori fissati nel DM 8/8/2022 - N.ro MMG che alimenta il FSE/n.ro MMG | N.ro MMG che alimenta il FSE/n.ro MMG | REGIS e sistema INI | | | 30% | 85% | 85% | 85% | | DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI |
| Sanità Digitale | Digitalizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico | Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 | Indicatori fissati nel DM 8/8/2022 - N.ro documenti in CDA2/n.ro documenti indicizzati | N.ro documenti in CDA2/n.ro documenti indicizzati | REGIS e sistema INI | | | 80% | 90% | 90% | 90% | | DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI |
| Sanità Digitale | Digitalizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico | Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 | Indicatori fissati nel DM 8/8/2022 - N.ro documenti firmati in PADES/n.ro documenti indicizzati | N.ro documenti firmati in PADES/n.ro documenti indicizzati | REGIS e sistema INI | | | 80% | 90% | 90% | 90% | | DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI |
| Sanità Digitale | Digitalizzazione Cartella Clinica Elettronica | Diffusione e corretta gestione della Cartella Clinica Elettronica | Utilizzo della Cartella Clinica Elettronica di reparto e progressiva dematerializzazione delle cartelle cliniche | Numero delle cartelle cliniche completamente digitali sul numero delle cartelle cliniche totali | sistema CCE | | | almeno 10% | almeno 25% | almeno 25% | almeno 25% | | DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE - DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI - DIPARTIMENTO CARDIO/PNEUMOLOGICO/RIABILITATIVO - DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO - DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE - DIPARTIMENTO MEDICO - DIPARTIMENTO ONCO/EMATOLOGICO/RADIOTERAPICO/RADIODIAGNOSTICO - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE - STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE - UOC CON BUDGET AUTONOMO NEFROLOGIA E DIALISI |
| Sanità Digitale | Completezza e Qualità dei Flussi informativi | Aumento Assistenti over 65 in ADI come da DM 23.01.2023 | Aumento delle prestazioni domiciliari inserite nel flusso per gli over 65 | Baseline 2019+ Aumenti incrementali fissati da DM | NSIS | 5,7% (da Edotto) | | almeno + 15% | almeno + 25% | almeno + 25% | almeno + 25% | | DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE |
| Sanità Digitale | Completezza e Qualità dei Flussi informativi | Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi | Assistenza Farmaceutica: riduzione dello scostamento tra i consumi trasmessi con i flussi distribuzione diretta, distribuzione per conto, consumi ospedalieri e il dato desumibile dal modello CE | totale flussi (DD,DP,CO) / totale valore CE | NSIS | | | almeno + 10% | almeno + 15% | almeno + 15% | almeno + 15% | | DIPARTIMENTO FARMACEUTICO - DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO - STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE |
| Accreditamento strutture pubbliche | Qualificazione strutture pubbliche | Qualità ed efficienza organizzativa | Strutture ospedaliere pubbliche - Predisposizione e trasmissione alla Regione ed al Servizio Qu.Ota - Aress delle autocertificazioni e griglie di valutazione relative ai percorsi di qualità di cui ai Manuali del RR 16/2019 - fase plan e fase do | | | | SI/NO | SI/NO | SI/NO | SI/NO | SI/NO | | DIPARTIMENTO MEDICO - DIPARTIMENTO ONCO/EMATOLOGICO/RADIOTERAPICO/RADIODIAGNOSTICO - UOC CON BUDGET AUTONOMO NEFROLOGIA E DIALISI - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE - DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO - DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA - DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE - DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI - DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE - DIPARTIMENTO CARDIO/PNEUMOLOGICO/RIABILITATIVO - DIPARTIMENTO PREVENZIONE - STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE - COORDINAMENTO DELLE DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO OSPEDALIERO |
| Assistenza Ospedaliera | Qualificazione assistenza ospedaliera | Efficacia/Appropriatezza clinica/Sicurezza | Proporzione di angioplastica coronarica percutanea entro 90 min dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta | Protocollo 621 PNE (DM 70/2015) | SDO | | ≥60% | o in aumento rispetto | se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente | se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente | se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente | | DIPARTIMENTO CARDIO/PNEUMOLOGICO/RIABILITATIVO |
| Assistenza Ospedaliera | Qualificazione assistenza ospedaliera | Efficacia/Appropriatezza clinica/Sicurezza | Quota di interventi per tumore maligno del colon eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 50 interventi annui | Protocollo 104 PNE | SDO | | ≥60% | ≥70% | ≥75% | ≥75% | ≥75% | Nel calcolo non vengono considerati i reparti con volume di attività ≤ 3 interventi annui. | DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO |
| Assistenza Ospedaliera | Qualificazione assistenza ospedaliera | Efficienza nell'erogazione/Appropriatezza organizzativa | Degenza media preoperatoria | Σ gg pre op/Σ dimessi | SDO | | 1,64 gg | se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente | se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente | se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente | se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente | Ricoveri per acuti in regime ordinario | COORDINAMENTO DELLE DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO OSPEDALIERO - DIPARTIMENTO CARDIO/PNEUMOLOGICO/RIABILITATIVO - DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO - DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA - DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE |
| Assistenza Ospedaliera | Qualificazione assistenza ospedaliera | Efficienza nell'erogazione/Appropriatezza organizzativa | Percentuale dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici | (Σ dimessi drg M/Σ dimessi)*100 | SDO | 21,76% | ≤ 26,65% | o in diminuzione | se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente | se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente | se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente | Ricoveri per acuti in regime ordinario | DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO - DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE |

| Area Strategica | Obiettivi Strategici | Obiettivi Operativi | Azioni/Indicatori | Formula indicatore | Flusso / Sistema informativo | Valore 2022 | Target 2022 | Target 2023 | Target 2024 | Target 2025 | Target 2026 | Note / Descrizione | Dipartimento |
|--|---|---|--|---|------------------------------|-------------------|--|--|--|--|--|---|--|
| Assistenza Ospedaliera | Qualificazione assistenza ospedaliera | Efficienza nell'erogazione/Appropriatezza organizzativa | Percentuale ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico | $(\sum \text{dimessi DH medici diagnostici} / \sum \text{DH medici}) * 100$ | SDO | 15,74% | ≤ 35,25% | se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente | se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente | se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente | se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente | * DH diagnostici: Regime di ricovero =2; DRG Medico; Modalità di dimissione #1; Diagnosi principale # 'V580x' o 'V581x'; Motivo del Ricovero: 1 | DIPARTIMENTO CARDIO/PNEUMOLOGICO/RIABILITATIVO - UOC CON BUDGET AUTONOMO NEFROLOGIA E DIALISI - DIPARTIMENTO MEDICO - DIPARTIMENTO ONCO/EMATOLOGICO/RADIOTERAPICO/RADIODIAGNOSTICO - DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE - DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO |
| Assistenza Ospedaliera | Qualificazione assistenza ospedaliera | Efficacia/Appropriatezza clinica | Percentuale di pazienti (eta' 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario. | Scheda H013C _D.M. 12/03/2019 | SDO | 73,45 (da MES) | ≥ 60% | se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente | se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente | se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente | se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente | | DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO |
| Assistenza Ospedaliera | Qualificazione assistenza ospedaliera | Efficacia/Appropriatezza clinica/Sicurezza | Percentuale parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti/anno | Scheda H017C _D.M. 12/03/2019 | SDO | 30,05% | ≤ 15% | ≤ 15% | ≤ 15% | ≤ 15% | ≤ 15% | | DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE |
| Assistenza Ospedaliera | Qualificazione assistenza ospedaliera | Efficacia/Appropriatezza clinica/Sicurezza | Percentuale parti cesarei primari in strutture con 1.000 e oltre parti/anno | Scheda H018C _D.M. 12/03/2019 | SDO | 37,40% | ≤ 25% | ≤ 25% | ≤ 25% | ≤ 25% | ≤ 25% | | DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE |
| Assistenza Ospedaliera | Qualificazione assistenza ospedaliera | Efficienza nell'erogazione | Attività' trasfusionali (autosufficienza emocomponenti driver - globuli rossi, GR; autosufficienza di emoderivati - immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina) | Scheda H082a _D.M. 12/03/2019 | SISTRA | | ≤ 3% | o in diminuzione | se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente | se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente | se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente | | DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO |
| Assistenza Ospedaliera | Qualificazione assistenza ospedaliera | Efficienza nell'erogazione/Appropriatezza organizzativa | Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni | Scheda H05Z _D.M. 12/03/2019 | SDO | | 70% | ≥ 75% | ≥ 75% | ≥ 75% | ≥ 75% | | DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO |
| Assistenza Ospedaliera | Qualificazione assistenza ospedaliera | Efficienza nell'erogazione/Appropriatezza organizzativa | Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui. | Scheda H02Z _D.M. 12/03/2019 | SDO | 100% | ≥ 70% | ≥ 75% | ≥ 75% | ≥ 75% | ≥ 75% | Nel calcolo non vengono considerati i reparti con volume di attività ≤ 10 interventi annui. | DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO |
| Assistenza Ospedaliera | Qualificazione assistenza ospedaliera | Efficienza nell'erogazione/Appropriatezza organizzativa | Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario. | Scheda H04Z _D.M. 12/03/2019 | SDO | 0,16% | ≤ 0,21% | o in diminuzione | se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente | se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente | se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente | | DIPARTIMENTO CARDIO/PNEUMOLOGICO/RIABILITATIVO - DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE - DIPARTIMENTO MEDICO - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE - DIPARTIMENTO ONCO/EMATOLOGICO/RADIOTERAPICO/RADIODIAGNOSTICO - DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA - DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO - UOC CON BUDGET AUTONOMO NEFROLOGIA E DIALISI |
| Assistenza Ospedaliera | Qualificazione assistenza ospedaliera | Rispetto piano recupero liste d'attesa e adempimenti PNGLA | Rispetto tempi di attesa come da piano PNGLA e disposizioni regionali | | | | | SI/NO | SI/NO | SI/NO | SI/NO | | COORDINAMENTO DELLE DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO OSPEDALIERO - DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE - DIPARTIMENTO CARDIO/PNEUMOLOGICO/RIABILITATIVO - DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO - DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA - DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE - DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO - DIPARTIMENTO MEDICO - DIPARTIMENTO ONCO/EMATOLOGICO/RADIOTERAPICO/RADIODIAGNOSTICO - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE - UOC CON BUDGET AUTONOMO NEFROLOGIA E DIALISI |
| Assistenza Ospedaliera | Implementazione rete ospedaliera secondo disposizioni regionali | Rispetto delle disposizioni in materia di rete ospedaliera e attuazione regolamento di riordino | Adeguamento della rete ospedaliera alle disposizioni regionali | | | | | SI/NO | SI/NO | SI/NO | SI/NO | | COORDINAMENTO DELLE DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO OSPEDALIERO - DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI - DIPARTIMENTO CARDIO/PNEUMOLOGICO/RIABILITATIVO - DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO - DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA - DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE - DIPARTIMENTO MEDICO - DIPARTIMENTO ONCO/EMATOLOGICO/RADIOTERAPICO/RADIODIAGNOSTICO - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE - UOC CON BUDGET AUTONOMO NEFROLOGIA E DIALISI |
| Assistenza residenziale e semiresidenziale | Qualificazione assistenza residenziale e semiresidenziale | Efficienza/Appropriatezza organizzativa | Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura). | Scheda D332a _D.M. 12/03/2019 | FAR | 15,81 (Anno 2021) | 24,6 | se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente | se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente | se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente | se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente | sulla base delle soglie NSG 2021 | DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE |
| Assistenza residenziale e semiresidenziale | Qualificazione assistenza residenziale e semiresidenziale | Efficienza/Appropriatezza organizzativa | Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore | Scheda D30Z _D.M. 12/03/2019 | SIAD, HOSPICE | | >35% | se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente | se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente | se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente | se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente | | DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE - DIPARTIMENTO ONCO/EMATOLOGICO/RADIOTERAPICO/RADIODIAGNOSTICO |
| Assistenza residenziale e semiresidenziale | Qualificazione assistenza residenziale e semiresidenziale | Efficienza/Appropriatezza organizzativa | Sottoscrizione accordi contrattuali con gli erogatori privati accreditati nel rispetto delle disposizioni regionali e utilizzando lo schema-tipo di contratto regionale | | | | SI/NO | SI/NO | SI/NO | SI/NO | SI/NO | | DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE - DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE - DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE |
| Assistenza territoriale | Qualificazione assistenza territoriale | ADI - PNRR | rispetto target PNRR come da disposizioni regionali | | | | | SI/NO | SI/NO | SI/NO | SI/NO | | DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE |
| Assistenza territoriale | Qualificazione assistenza territoriale | Appropriatezza clinica/appropriatezza organizzativa | Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3) | Scheda D22Z _D.M. 12/03/2019 | SIAD | | proposta alternativa di soglia: CIA 1=2,6%; CIA 2=1,9%; CIA 3=1,5% | se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente | se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente | se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente | se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente | sulla base delle soglie NSG 2021 | DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE |

| Area Strategica | Obiettivi Strategici | Obiettivi Operativi | Azioni/Indicatori | Formula indicatore | Flusso / Sistema informativo | Valore 2022 | Target 2022 | Target 2023 | Target 2024 | Target 2025 | Target 2026 | Note / Descrizione | Dipartimento |
|------------------------------------|---|--|---|------------------------------|--|-----------------|-------------|--|--|--|--|---|--|
| Assistenza territoriale | Qualificazione assistenza territoriale | Efficacia/Appropriatezza clinica | Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco | Scheda D03C _D.M. 12/03/2019 | SDO | 128,10 (da MES) | 200 | se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente | se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente | se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente | se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente | | DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE - DIPARTIMENTO CARDIO/PNEUMOLOGICO/RIABILITATIVO - DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE - DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA - DIPARTIMENTO MEDICO |
| Assistenza territoriale | Qualificazione assistenza territoriale | Efficacia/Appropriatezza clinica | Percentuale di pre-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria | Scheda D27C _D.M. 12/03/2019 | SDO | | <6,8 | se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente | se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente | se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente | se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente | | DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE |
| Assistenza territoriale | Qualificazione assistenza territoriale | Efficienza nell'erogazione/Appropriatezza organizzativa | Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità 'B' in rapporto al totale di prestazioni di classe B. | Scheda D10Z _D.M. 12/03/2019 | Flusso informativo specialistica ambulatoriale ex art. 50 L. n.326/2003 e s.m.i. | | ≥ 60% | se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente | se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente | se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente | se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente | Per il calcolo dell'indicatore è necessario che siano correttamente valorizzati i campi: Data di prenotazione, Data di erogazione della prestazione, Tipo accesso, Classi di priorità, Garanzia dei tempi massimi. La valorizzazione dei suddetti campi deve es | DIPARTIMENTO MEDICO - DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA - DIPARTIMENTO ONCO/EMATOLOGICO/RADIOTERAPICO/RADIODIAGNOSTICO - COORDINAMENTO DELLE DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO OSPEDALIERO - DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO - DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE - DIPARTIMENTO CARDIO/PNEUMOLOGICO/RIABILITATIVO - DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTIVO - DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE - UOC CON BUDGET AUTONOMO NEFROLOGIA E DIALISI |
| Assistenza territoriale | Qualificazione assistenza territoriale | Efficienza/appropriatezza organizzativa | Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso | Scheda D09Z _D.M. 12/03/2019 | EMUR- FLUSSO 118 | 13,7 (da MES) | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | | DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA |
| Medicina di Genere | Formazione operatori sanitari | Previsione obbligo formativo in medicina di genere | Organizzazione corso formativo | RAGGIUNTO / NON RAGGIUNTO | | | | | SI/NO | SI/NO | SI/NO | | STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE |
| Rapporti con gli erogatori privati | Qualificazione della spesa sanitaria | Riorganizzazione dell'assistenza sanitaria primaria | Adozione Regolamento AFT | | | | | SI/NO | SI/NO | SI/NO | SI/NO | | DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE |
| Rapporti con gli erogatori privati | Qualificazione della spesa sanitaria | Sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati entro il 30/04 | Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale, ai sensi del D.Lgs n. 502/92 | | | | | SI/NO | SI/NO | SI/NO | SI/NO | | DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO |
| Rischio Clinico | implementazione delle Raccomandazioni e monitoraggio del Rischio Clinico. | garantire l'implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali (applicabili alla propria realtà aziendale) monitorandone l'attuazione. | La valutazione è positiva qualora sia stato implementato, nell'arco di un triennio, il 90% delle Raccomandazioni (applicabili) con monitoraggio semestrale dell'attuazione. | | | | | SI/NO | SI/NO | SI/NO | SI/NO | La valutazione sarà effettuata sulla base delle relazioni fornite dal Centro Regionale per la Sicurezza Sanitaria e la gestione del rischio del paziente | STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE |
| Rischio Clinico | implementazione delle Raccomandazioni e monitoraggio del Rischio Clinico. | elaborare, attraverso la propria Unità Aziendale di Gestione del Rischio, la relazione annuale sugli eventi avversi ed il Piano Annuale Rischio Sanitario (PARS) secondo le Linee di Indirizzo predisposte dal Centro Regionale per la Sicurezza Sanitaria e l | Trasmissione da parte dei Direttori Generali al Centro Regionale per la Sicurezza Sanitaria e la gestione del rischio del paziente di una relazione annuale sugli eventi avversi e del Piano Annuale Rischio Sanitario (PARS) | | | | | SI/NO | SI/NO | SI/NO | SI/NO | La valutazione sarà effettuata sulla base delle relazioni fornite dal Centro Regionale per la Sicurezza Sanitaria e la gestione del rischio del paziente | STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE |
| Rischio Clinico | implementazione delle Raccomandazioni e monitoraggio del Rischio Clinico. | promuovono e garantiscono l'attivazione di sinergie e collaborazioni formali tra Unità aziendale di gestione del Rischio e i soggetti responsabili di altre specifiche funzioni (rischio infettivo, sicurezza degli operatori, gestione qualità e accreditamen | Costituzione di un Board aziendale dedicato alla sicurezza delle cure con realizzazione di almeno n. 2 progetti multidisciplinari per anno di attività. | | | | | SI/NO | SI/NO | SI/NO | SI/NO | La valutazione sarà effettuata sulla base delle relazioni fornite dal Centro Regionale per la Sicurezza Sanitaria e la gestione del rischio del paziente | STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE |

Sezione 2.1: Rischi Corruttivi e Trasparenza

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE ASL BRINDISI



ASL Brindisi

PugliaSalute

PIANO TRIENNALE

DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE ASL

BRINDISI

AGGIORNAMENTO 2024 – 2026

Adottato con Deliberazione D.G. n. 181 del 30/01/2014

Aggiornato con Deliberazione D.G. n. 734 del 05/05/2015

Aggiornato con Deliberazione D.G. n. 190 del 03/02/2016

Aggiornato con Deliberazione D.G. n. 191 del 31/01/2017

Aggiornato con Deliberazione D.G. n. 214 del 31/01/2018

Aggiornato con Deliberazione D.G. n. 192 del 31/01/2019

Aggiornato con Deliberazione D.G. n. 240 del 31/01/2020

Aggiornato con Deliberazione D.G. n. 895 del 31/03/2021

Aggiornato con Deliberazione D.G. n. 1727 del 30/06/2022

Aggiornato con Deliberazione D.G. n. 223 del 31/01/2023 (PIAO)

Aggiornato con Deliberazione D.G. n. del

INDICE

| | |
|---|--------|
| - Premessa | pag. 4 |
| - Definizione di corruzione | pag.5 |
| - Il contesto normativo nazionale | pag.6 |
| - L'organizzazione aziendale | pag.7 |
| - La strategia di prevenzione aziendale a livello decentrato | pag.7 |
| - Obiettivi strategici | pag.8 |
| - Oggetto, finalità ed ambito di applicazione del pctp dell'asl di brindisi | pag.9 |
| - Piano triennale per la trasparenza e l'integrità (PTTI) | pag.11 |
| - Soggetti e responsabilità della strategia di prevenzione della ASL Brindisi | pag.11 |
| - Il Direttore Generale | pag.12 |
| - Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza – RPCT | pag.12 |
| - Funzioni e prerogative del RPCT | pag.14 |
| - Responsabilità amministrativa e disciplinare del rpct | pag.15 |
| - Il RPCT e la nomina del Responsabile dell'anagrafe unica delle stazioni appaltanti (RASA) | pag.16 |
| - I Referenti del RPCT | pag.16 |
| - Funzioni dei Referenti e obblighi di informazione nei confronti del RPCT | pag.17 |
| - Obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e responsabilità dei Dirigenti | pag.22 |
| - Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e gli altri organismi di controllo interno | pag.23 |
| - L'ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.) | pag.24 |
| - Obblighi per tutti i dipendenti dell'azienda | pag.24 |
| - Responsabilità dei dipendenti per violazione delle misure di prevenzione | pag.25 |
| - Obblighi per i collaboratori a qualsiasi titolo dell'azienda | pag.25 |
| - Procedure di raccordo e coordinamento tra i soggetti della strategia di prevenzione della ASL di Brindisi | pag.25 |
| - Individuazione delle aree di rischio | pag.26 |
| - Misure di prevenzione obbligatorie e ulteriori | pag.27 |
| - Misure obbligatorie applicate dalla ASL BR | pag.28 |
| - Misure ulteriori | pag.29 |
| - Responsabili e termini per l'attuazione delle misure di Prevenzione, collegamento con il | |

| | |
|---|---------|
| Ciclo delle Performance - nuovo Piano Integrato di Performance ed Integrità | pag.31 |
| - Definizione del processo di monitoraggio sull'implementazione del PTPC | pag.32 |
| - Individuazione delle modalità per operare l'aggiornamento del PTPC | pag.33 |
| - La Gestione del Rischio | pag.33 |
| - Mappatura dei processi attuati dall'Azienda | pag.33 |
| - Valutazione del Rischio | pag.34 |
| - Metodologia di Ponderazione del Rischio | pag.35 |
| - Il Trattamento del Rischio e le misure per neutralizzarlo | pag.36 |
| - Criteri per l'individuazione delle attività a più alto Rischio di Corruzione | pag.37 |
| - Aree di Rischio individuate dal PTPC dell'Azienda Sanitaria Locale BR | pag.38 |
| - Trasparenza | pag.44 |
| - Sezione "Amministrazione Trasparente" - elenco degli obblighi di Pubblicazione | pag.46 |
| - Accesso Civico | pag.153 |
| - Misure ulteriori all'interno della misura "Trasparenza" della ASL Brindisi | pag.154 |
| - Responsabilità del RPCT per la Trasparenza | pag.154 |
| - Rotazione del personale | pag.155 |
| - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse | pag.162 |
| - Svolgimento di incarichi d'ufficio – attività ed incarichi extra – istituzionali | pag.163 |
| - Conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti – (Revolving Doors) | pag.165 |
| - Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali | pag.167 |
| - Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (Pantouflage) | pag.168 |
| - Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione | pag.170 |
| - Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (Whistleblower) | pag.172 |
| - Attivazione di una procedura aziendale per la gestione delle segnalazioni di illeciti (Whistleblowing Policy) | pag.175 |
| - La Formazione | pag.177 |
| - Patti di integrità negli affidamenti | pag.179 |
| - Meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione | pag.180 |
| - Procedure per monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti | pag.181 |
| - Procedure per monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti con vantaggi economici di qualunque genere | pag.182 |

PREMESSA

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

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

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

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

- fornisce una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione, individuando le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio medesimo;
- indica gli interventi organizzativi volti a prevenire il rischio della corruzione;
- definisce procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo, negli stessi settori, la rotazione di dirigenti e funzionari, nonché che le attività a rischio di corruzione devono essere svolte, ove possibile, dal personale specificamente selezionato e formato;
- definisce, per le attività individuate ai sensi del piano, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- stabilisce, con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi del piano, obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano;
- definisce procedure appropriate per monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- definisce procedure appropriate per monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;
- individua specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge;
- prevede e disciplina specificamente le **misure obbligatorie di prevenzione** previste dal PNA e integrate dalla Determinazione ANAC del 28 ottobre 2015, n.12.

Il PTPC dell'ASL Brindisi è stato inizialmente adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 181 del 30.1.2014,

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

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

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

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

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

Il presente aggiornamento al PTPC viene proposto, nelle more della nomina del nuovo Responsabile, dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, dirigente amministrativo Dott. Gaetano Santoro– nominato con Deliberazione D.G. n.337 del 27 febbraio 2017 (di seguito RPCT).

Il presente aggiornamento 2024 del PTPC della ASL di Brindisi integra la strategia aziendale per l'anticorruzione per il prossimo triennio, previa attuazione del nuovo Atto Aziendale ancora in corso di adozione, presupposto indispensabile per la totale mappatura dei processi aziendali e completare la strategia anticorruzione aziendale e si integra nel nuovo Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)

DEFINIZIONE DI CORRUZIONE

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

IL CONTESTO NORMATIVO NAZIONALE

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

La complessiva strategia anticorruzione nazionale nel corso degli anni è stata arricchita da importanti novità legislative, pertanto, al momento del presente aggiornamento, è composta dai seguenti provvedimenti:

legge 6 novembre 2012, n. 190, recante *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”*, provvedimento normativo emanato in attuazione dell'art.6 della Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite contro la Corruzione adottata dall'Assemblea generale ONU del 31.10.2003 e ratificata dallo Stato Italiano con la Legge n. 116 del 3 agosto 2009;

decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 e ss. mm. e ii., recante *“Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”*, ispirato al principio del “Freedom Act statunitense che garantisce accesso a “chiunque” a “qualunque” documento o atto in possesso delle pubbliche amministrazioni, (principio ispiratore ma non ancora pienamente applicato nella normativa nazionale);

decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, recante *“Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190”*;

decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, avente ad oggetto *“Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”*, entrato in vigore in data 19 giugno 2013;

decreto legge 24 giugno 2014, n. 90 recante: *«Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari»*.

legge 7 agosto 2015, n. 124 recante *“Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”*, meglio conosciuta come **Legge Madia** di Riforma della PA.” e dai relativi decreti delegati;

decreto legislativo 25 maggio 2016, n.97 recante *“Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”*, che introduce il **“Freedom of Information Act”** italiano e le cui principali novità, in materia di trasparenza, riguardano la definitiva delimitazione dell'ambito soggettivo di applicazione della disciplina, la revisione degli obblighi di pubblicazione nei siti delle pubbliche amministrazioni unitamente al nuovo diritto di accesso civico generalizzato ad atti, documenti e informazioni non oggetto di pubblicazione obbligatoria.

decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 sul *“Codice dei contratti pubblici”*, aggiornato con le modifiche introdotte dal Decreto correttivo (Decreto legislativo 19 aprile 2017, n. 56, pubblicato in Gazzetta Ufficiale 5 maggio 2017, n. 103) e Decreto legge 24 aprile 2017, n. 50, convertito, con modificazioni, dalla Legge 21 giugno 2017, n. 96;

intese in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8, comma I, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che – ai sensi della L. n. 190/2012 – definiscono gli adempimenti, con l'indicazione dei relativi termini, volti alla piena e sollecita attuazione delle disposizioni della stessa legge, anche con riguardo alla definizione, da

parte di ciascuna amministrazione, del piano triennale di prevenzione della corruzione, ed, in particolare, della intesa sancita in data 24 luglio 2013 tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l'attuazione dell'art. 1, commi 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n. 190, recante *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione” (provvedimento di Repertorio atti n. 79/CU in data 24 luglio 2013);*

Circolari del Dipartimento della Funzione Pubblica:

n. 1/2013 in data 25 gennaio 2013, avente ad oggetto *“legge n. 190 del 2012 - Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”;*

n. 2/2013 in data 19 luglio 2013, avente ad oggetto *“d.lgs. n. 33 del 2013 - attuazione della trasparenza”*

Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) approvato con delibera 11 settembre 2013, n.72 dalla Autorità Nazionale Anticorruzione e predisposto dal Dipartimento della funzione pubblica, anche secondo le linee di indirizzo adottate in data 14 marzo 2013 dal Comitato interministeriale istituito e disciplinato con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri: *“Linee di indirizzo del Comitato Interministeriale (d.p.c.m. 16 gennaio 2013) per la predisposizione, da parte del Dipartimento della funzione pubblica, del Piano Nazionale Anticorruzione di cui alla legge 6 novembre 2013, n. 190”;*

determinazione ANAC del 28 ottobre 2015 n. 12 contenente l'aggiornamento 2015 al PNA contenente indicazioni integrative e chiarimenti forniti dall'Autorità Nazionale Anticorruzione;

delibera ANAC n.831 del 3 agosto 2016 *“Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016*

Delibera ANAC numero 1074 del 21 novembre 2018 *“Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione”* (Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 296 del 21 dicembre 2018)

Delibera ANAC numero 1064 del 13 novembre 2019 *“Approvazione in via definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2019”.*

L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

per quanto attiene a tutti gli aspetti legati all'organizzazione aziendale, al contesto, interno ed esterno nel quale si svolge l'attività Aziendale, l'identità dell'azienda stessa, intesa quale *“mission”* e pianificazione delle attività, si rimanda a quanto previsto nel Piano della Performance, riportato nella parte iniziale del P.I.A.O. del quale il PTPC fa parte integrante, limitandosi a richiamare sinteticamente alcuni degli aspetti ritenuti rilevanti.

LA STRATEGIA DI PREVENZIONE AZIENDALE A LIVELLO DECENTRATO

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

La violazione di tali misure di prevenzione, da parte dei dipendenti dell'Azienda Sanitaria Locale di Brindisi, in quanto violazione delle regole imposte dal presente piano, prevede l'attivazione di procedure delineate ai sensi

del PTPC spettanti ai dirigenti, per le aree di propria competenza, e al Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

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

La effettività degli interventi organizzativi adottati dell'Azienda Sanitaria Locale BR per prevenire il rischio della corruzione e della illegalità è garantita dal costante raccordo, ai sensi del PTPC, tra il Responsabile della prevenzione della corruzione ed i propri Referenti, finalizzato a conseguire la attuazione in concreto di forme interne di controllo diffuso specificamente dirette alla prevenzione ed all'emersione di vicende di possibile esposizione al rischio corruttivo.

OBIETTIVI STRATEGICI

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

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

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

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

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

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

- adozione dei PTPC;
- adempimenti di trasparenza;
- codici di comportamento;
- rotazione del personale;
- obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse;
- disciplina specifica in materia di svolgimento di incarichi d'ufficio – attività ed incarichi extra-istituzionali;
- disciplina specifica in materia di conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti (*pantouflage – revolving doors*);
- incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali;
- disciplina specifica in materia di formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione;
- disciplina specifica in materia di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (*pantouflage*)

- *revolving doors*);
- disciplina specifica in materia di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. *Whistleblower*);
- formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione.

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

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione dell'Azienda Sanitaria Locale BR disciplina l'attuazione del complesso degli interventi organizzativi disposti dall'Azienda per prevenire il rischio della corruzione e dell'illegalità, in applicazione della Legge 6 novembre 2012, n. 190, recante *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”*, nel rispetto dei relativi decreti attuativi, in osservanza delle intese in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, in aderenza al Piano Nazionale Anticorruzione, nonché alle circolari, alle linee guida, alle direttive, alle indicazioni, agli indirizzi ed alle delibere del Dipartimento della Funzione Pubblica, della Autorità Nazionale Anticorruzione e dalle ulteriori pubbliche Autorità a vario titolo preposte all'azione di prevenzione del rischio di corruzione e d'illegalità.

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

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

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

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

dipendenti dell'amministrazione;

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

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

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

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

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

Il Piano è un documento di natura programmatica che ingloba tutte le misure di prevenzione obbligatorie per legge e quelle ulteriori, coordinando gli interventi. L'Azienda definisce la struttura ed i contenuti specifici del proprio PTPC tenendo conto delle funzioni svolte e della specifica realtà amministrativa e sanitaria. Al fine di realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione, il PTPC è coordinato rispetto al contenuto di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'Azienda e, innanzi tutto, con il Piano della Performance, ed è strutturato come documento di programmazione, con l'indicazione di obiettivi, indicatori, misure, responsabili, tempistica e risorse.

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

Soggetti

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

Aree a rischio

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

Misure obbligatorie e ulteriori

sono indicate le misure previste obbligatoriamente dalla l. n. 190/2012, dalle altre prescrizioni di legge e dal P.N.A.,

e quelle ulteriori, con indicazione della tempistica e collegamento con l'ambito "soggetti" in relazione all'imputazione di compiti e di responsabilità;

Tempi e modalità di attuazione

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

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

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

Gestione del rischio

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

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

SOGGETTI E RESPONSABILITÀ DELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE DELLA ASL BRINDISI

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

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

- g. tutti i dipendenti dell'amministrazione;
- h. i collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione.

IL DIRETTORE GENERALE

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

designa il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, individuandolo di norma fra i dirigenti di ruolo in servizio;

dispone le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività e dirette ad assicurare che il RPCTT svolga il suo delicato compito con autonomia ed imparzialità e al riparo da possibili ritorsioni;

adotta il PTPC e i suoi aggiornamenti e si assicura della sua pubblicazione sul sito istituzionale;

definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione.

adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione, quali – a mero titolo esemplificativo – i criteri generali per il conferimento e l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti ex art. 53 del d.lgs. n. 165/2001.

IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA – RPCT

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

Il RPCT è individuato, di norma, tra i dirigenti amministrativi di ruolo in servizio, in caso contrario la scelta deve essere adeguatamente motivata.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'Azienda, nella persona del Direttore Generale, assicura al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, in considerazione del suo delicato compito organizzativo e di raccordo, un adeguato supporto, mediante la assegnazione di appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio.

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

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

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

FUNZIONI E PREROGATIVE DEL RPCT

Il Responsabile della prevenzione della corruzione:

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

verifica, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;

individua, d'intesa con i dirigenti competenti e con il dirigente aziendale della formazione, il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità.

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

Il Responsabile della prevenzione della corruzione riferisce sull'attività qualora lo ritenga opportuno e nei casi in cui il Direttore Generale lo richieda.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, nel caso in cui, nello svolgimento della sua attività, riscontri dei fatti che possono presentare una rilevanza disciplinare deve darne tempestiva informazione affinché possa essere avviata con tempestività l'azione disciplinare.

Nel caso riscontri dei fatti suscettibili di dar luogo a responsabilità amministrativa deve presentare tempestiva denuncia alla competente Procura della Corte dei Conti per le eventuali iniziative in ordine all'accertamento del danno erariale.

In ipotesi riscontri dei fatti che rappresentano notizia di reato deve presentare denuncia alla competente Procura della Repubblica e deve darne tempestiva informazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).

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

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

Ai sensi dell'art. 19 del D. Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, lo svolgimento degli incarichi di cui al medesimo decreto in una delle situazioni di incompatibilità di cui ai capi V e VI comporta la decadenza dall'incarico e la risoluzione

del relativo contratto, di lavoro subordinato o autonomo, decorso il termine perentorio di quindici giorni dalla contestazione all'interessato, da parte del Responsabile della prevenzione della corruzione, dell'insorgere della causa di incompatibilità. Restano ferme le disposizioni che prevedono il collocamento in aspettativa dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni in caso di incompatibilità.

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

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

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

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

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

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

- effettuare, in qualsiasi momento, verifiche e chiedere atti, documenti e delucidazioni a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare, anche solo potenzialmente, corruzione e illegalità;
- accedere ad ogni tipologia di documento o dato aziendale rilevante in relazione all'esercizio delle sue funzioni;
- avvalersi della collaborazione di qualsiasi struttura e professionalità presente nell'azienda.

RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA E DISCIPLINARE DEL RPCT

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

In caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza

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

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

b) di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del Piano.

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

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

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

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

I REFERENTI DEL RPCT

L'Azienda, in considerazione del carattere complesso della sua organizzazione amministrativa e sanitaria, tenendo conto anche dell'articolazione per centri di responsabilità, individua Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, che costituiscono punto di riferimento per la raccolta delle informazioni e le segnalazioni al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, fermi restando i compiti del Responsabile e le conseguenti responsabilità, che non possono essere derogati.

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

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

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

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

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

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

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

FUNZIONI DEI REFERENTI E OBBLIGHI DI INFORMAZIONE NEI CONFRONTI DEL RPCT

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

Al fine di garantire che il Responsabile della Prevenzione della Corruzione sia il destinatario di un flusso informativo costante, capillare e diffuso, sono individuati, con le modalità fissate nel presente piano, Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, cui sono affidate le funzioni analiticamente previste nel piano medesimo, dirette a realizzare l'indispensabile raccordo strategico di tutte le articolazioni dell'Azienda con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

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

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

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

eventuali modifiche intervenute, rispetto al presente piano, nella individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione o eventuali mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'Azienda

tali da richiedere una modifica del piano medesimo;

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

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

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

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

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

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

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

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

Gli obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione sono, infatti, assicurati anche ai sensi dell'art. 16 del d.lgs. n. 165 del 2001, che disciplina le funzioni dei dirigenti di livello dirigenziale generale, prevedendo che gli stessi concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti, forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo, provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura potenzialmente corruttiva.

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

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

I Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, inoltre:

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

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

Ai Referenti del RPCTT compete, in particolare:

- cooperare alla gestione del rischio, collaborando con il RPCTT al fine di individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;
- assicurare un efficace flusso informativo tra il RPCT e i Responsabili delle articolazioni aziendali;
- verificare l'efficacia e l'idoneità del Piano e proporre eventuali modifiche o integrazioni;
- formulare proposte in merito all'adozione di soluzioni organizzative, sistemi di verifica e controllo, adozione/modificazione/integrazione di protocolli operativi e procedure e di ogni altra misura idonea a contrastare e prevenire il rischio di illegalità;
- cooperare col Responsabile PCT ai fini della definizione dei fabbisogni formativi e della selezione del personale da inserire nei relativi percorsi;
- cooperare ai fini dell'individuazione di meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio nelle aree maggiormente esposte;
- monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- monitorare l'adempimento degli obblighi di cui alla "Amministrazione trasparente" e individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge;
- monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;
- monitorare l'attività svolta dai Responsabili e Dirigenti delle strutture ricomprese nella macro-area di competenza, anche con riferimento agli obblighi di rotazione del personale negli incarichi relativi alle attività a più alto rischio corruzione, segnalando tempestivamente al Responsabile della Prevenzione ogni irregolarità o criticità riscontrata;
- vigilare, anche mediante verifiche e controlli a campione, sull'effettiva attuazione del Piano nell'ambito delle macro-aree di rispettiva competenza e segnalare tempestivamente al RPCT eventuali criticità e, in particolare, ogni fatto di natura corruttiva o situazione che possa rappresentare un potenziale rischio di commissione di fatti illeciti;
- segnalare al Responsabile del piano anticorruzione l'esistenza o l'insorgere delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità stabiliti dalla legge, affinché il Responsabile proceda alla relativa, dovuta contestazione;
- concorrere con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione a curare la diffusione della conoscenza del codice di comportamento nell'amministrazione ed il monitoraggio annuale sulla sua attuazione, in raccordo con l'Ufficio Procedimenti Disciplinari.

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

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

I nominativi dei referenti del RPCTT della ASL Brindisi sono, con l'attuale aggiornamento, riportati nella seguente tabella, specificando che in caso di sostituzione come Direttori, il sostituto subentra anche nella loro qualità di Referente del RPCT.

| STRUTTURA | DIRETTORE – REFERENTE |
|---|------------------------------|
| DISTRETTO S.S. 1 BRINDISI | Attualmente non assegnata |
| DISTRETTO S.S. 2 FASANO | GIUSEPPE PACE |
| DISTRETTO S.S. 3 FRANCAVILLA FONTANA | Attualmente non assegnata |
| DISTRETTO S.S. 4 MESAGNE | MICHELE MORGILLO |
| DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE | STEFANO TERMITE |
| DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE | DOMENICO SUMA |
| STRUTTURA DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE | Attualmente non assegnata |
| P.O. PERRINO | IGNAZIO BUONSANTO |

| | |
|---|---------------------|
| SERVIZI SOCIO SANITARI | ANNAMARIA GIOIA |
| P.O. FRANCAVILLA F.NA – OSTUNI | ANDREA CHIARI |
| AREA GESTIONE DEL PATRIMONIO | STEFANIA CINA' |
| AREA GESTIONE DEL PERSONALE | CATERINA DIODICIBUS |
| AREA GESTIONE RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE | CLAUDIA D'ONOFRIO |
| RISK MANAGEMENT | STEFANIA BELLO |
| STRUTTURA BUROCRATICO LEGALE | ALFREDO PERRICCI |
| AREA GESTIONE SERV. FARMACEUTICO | PAOLA DIGIORGIO |
| UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI | DOMENICO SUMA |
| UNITA' CONTROLLO DI GESTIONE | MARCELLO BACCA |
| AREA GESTIONE TECNICA | SERGIO MARIA RINI |

I dirigenti per l'area di rispettiva competenza

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

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

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

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

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

- sentenze, provvedimenti, notizie, richieste dell'autorità giudiziaria o degli organi di polizia giudiziaria o di qualsiasi altra autorità dai quali si evinca lo svolgimento di indagini o di procedimenti nei confronti del personale dipendente o convenzionato o comunque operante presso l'ASL per fatti di natura corruttiva o altri illeciti che possono configurare responsabilità disciplinare e/o erariale;
- atti di contestazione di illeciti disciplinari e i relativi provvedimenti di applicazione della sanzione o di archiviazione e relative motivazioni;
- richieste stragiudiziali e azioni giudiziarie di risarcimento, escluse quelle inerenti la responsabilità medica, salvo che ricorra l'elemento soggettivo del dolo;
- esiti di verifiche interne o di organismi esterni dalle quali emergano irregolarità, omissioni illegittimità nello svolgimento delle attività istituzionali o libero-professionali intra-moenia o nell'adozione dei relativi atti;

- richieste di assistenza legale per fatti di natura corruttiva o altri illeciti che possono configurare responsabilità disciplinare e/o erariale;
- transazioni concluse o ancora in corso di definizione, con menzione dell'oggetto;
- l'adozione di provvedimenti di autotutela e i motivi posti a fondamento dei medesimi;
- richieste di chiarimenti della Corte dei Conti;
- rilievi del Collegio Sindacale;
- relazioni dell'Organismo Indipendente di Valutazione;
- notizie relative ai cambiamenti organizzativi;
- segnalazioni da parte di dipendenti, personale convenzionato, collaboratori a qualsiasi titolo, utenti e cittadini relative a fatti di natura corruttiva o altri illeciti che possono configurare responsabilità disciplinare e/o erariale o comunque rilevanti ai fini della valutazione del rischio corruttivo;
- segnalazioni/denunce alla Corte dei Conti e alla Procura della Repubblica da parte dell'ASL nei confronti del personale dipendente, convenzionato o comunque operante presso l'ASL;
- ogni altra informazione concernente i contenziosi - amministrativi, civili, inclusi quelli in materia di lavoro - definiti o pendenti, in cui la SL BR sia parte ricorrente/attore o parte resistente/convenuta, con i motivi posti a fondamento della domanda, sintomatici di possibili aspetti patologici dell'azione amministrativa.

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

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

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

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

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

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

- a) partecipa al processo di gestione del rischio;
- b) considera i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- c) svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa;
- d) esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Azienda.
- e) verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che i piani triennali per la

prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza.

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

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

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

OBBLIGHI PER TUTTI I DIPENDENTI DELL'AZIENDA

Tutti i dipendenti dell'Azienda:

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

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

RESPONSABILITÀ DEI DIPENDENTI PER VIOLAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE

Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione adottate dall'Azienda e trasfuse nel PTPC devono essere rispettate da tutti i dipendenti e, dunque, sia dal personale di comparto che dalla dirigenza (art. 8

DPR 62/2013 Codice di comportamento generale). La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare (art. 1, comma 14, l. n. 190/2012).

OBBLIGHI PER I COLLABORATORI A QUALSIASI TITOLO DELL'AZIENDA

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

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

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

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

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

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

- 1) i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, anche in qualità di Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, assicurano in via ordinaria il controllo di regolarità dei procedimenti e delle attività ascrivibili alla competenza delle strutture cui sono rispettivamente preposti;
- 2) il Responsabile della Prevenzione della Corruzione sovrintende alle strategie di contrasto della corruzione e dell'illegalità;
- 3) il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, nella veste anche di Responsabile della Trasparenza sovrintende alle strategie finalizzate a garantire piena trasparenza e tese alla concreta attuazione dell'ineludibile obiettivo di introdurre un contributo esterno di controllo da parte degli utenti sullo svolgimento delle attività aziendali;
- 4) tutti i dirigenti, i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nel PTPC, segnalano le situazioni di illecito, segnalano casi di personale conflitto di interessi, prestano la loro collaborazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

I soggetti di cui al periodo che precede, nell'esercizio delle funzioni ivi descritte ed in considerazione della loro

complementarità, sono tenuti a mantenere tra di loro un raccordo pienamente dinamico, al fine di garantire costantemente, nel contempo, la legittimità dell'azione amministrativa, l'efficacia e la concretezza dell'azione di prevenzione della corruzione, nonché il pieno conseguimento dei livelli di trasparenza.

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

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

INDIVIDUAZIONE DELLE AREE DI RISCHIO

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

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

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

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

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

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

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

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

- **A "Acquisizione e progressione del personale – Incarichi e nomine";**
- **B " Gestione rilevazione presenze";**

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

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

Aree di rischio, processi e misure di prevenzione saranno oggetto di implementazione nei prossimi anni, con previsione di completamento a seguito dell’adozione del nuovo Atto Aziendale in corso di approvazione.

MISURE DI PREVENZIONE OBBLIGATORIE E ULTERIORI

Il PTPC dell’A.S.L. BR determina, per ciascuna area di rischio individuata, esigenze di intervento, misure di prevenzione da implementare per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, con l’indicazione di modalità, responsabili, tempi d’attuazione e indicatori (v. Tabella in allegato n.1)

Le misure si classificano come:

- **misure obbligatorie**, sono quelle la cui applicazione discende obbligatoriamente dalla legge o da altre fonti normative;

- **misure ulteriori**, sono quelle che, pur non essendo obbligatorie per legge, sono rese obbligatorie dal loro inserimento nel presente PTPC

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

MISURE OBBLIGATORIE APPLICATE DALLA ASL BR (dal PNA)

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

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

corruzione specifico aziendale, sono di seguito riportate-

MISURE ULTERIORI

Rafforzamento degli strumenti di controllo:

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

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

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

per l'area di rischio "**Affidamento di lavori, servizi e forniture - Contratti pubblici**":

- divieto di partecipare come commissari alle commissioni di gara e di valutazione delle offerte per coloro che hanno fornito le specifiche tecniche del capitolato, rilascio di dichiarazione di causa di incompatibilità da parte di tutti i componenti, compreso il Presidente;
- obbligo di trasmissione di report semestrale al RPCT degli affidamenti suddivisi per tipologia di procedura adottata con indicazione delle ditte affidatarie, dell'oggetto e dell'importo dell'affidamento;
- obbligo di trasmissione di report semestrale al RPCT relativo alle proroghe/prosecuzioni dei rapporti contrattuali oltre l'originario termine di scadenza, o di copia dei relativi atti, con indicazione del soggetto

a favore del quale è stata disposta la proroga/prosecuzione, dell'oggetto e importo della proroga/prosecuzione e delle ragioni del mancato espletamento della procedura di gara;

- divieto di inserimento nei bandi di gara e nelle lettere di invito di clausole individualizzanti che possano comportare il riconoscimento o il condizionamento dei partecipanti alla gara o riferite a caratteristiche possedute in via esclusiva da specifici beni, servizi, forniture;

- divieto, espressamente contenuto negli atti di gara e di aggiudicazione, di subappalto di qualsiasi tipo da parte dell'aggiudicatario alle ditte/imprese che hanno partecipato alla gara individualmente o in forma associata;

- obbligatorietà della sottoscrizione di appositi Patti di Integrità da parte degli operatori economici per partecipare alle procedure in materia di appalti e contratti Pubblici, attraverso l'inserimento negli avvisi, nei bandi di gara e nelle stesse lettere di invito della clausola di salvaguardia che il mancato rispetto del protocollo di legalità /patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto (revisione e aggiornamento alla attuale normativa del Protocollo di Legalità sottoscritto dall'Azienda con la Prefettura di Brindisi nel 2007 e attualmente applicato dagli uffici e/o previsione di altro Patto di Integrità);

- sorveglianza dei veicoli nelle sedi ove è presente vigilanza armata, verifica dei fogli di marcia e dell'uso della carta carburante da parte Ufficio Autoparco

per il Processo "**Inserimento in strutture socio sanitarie pubbliche e private**: predeterminazione dei criteri e loro specifica indicazione negli atti relativi ai singoli inserimenti

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

- compatibilmente con le risorse di personale disponibili, affidamento dell'attività di controllo ufficiale, ad almeno due dipendenti abbinati secondo rotazione casuale e secondo criteri che assicurino il loro avvicendamento nei confronti dei destinatari della suddetta attività;

- definizione di un sistema di programmazione delle attività di campionamento ufficiale che garantisca la segretezza dei dati relativi ai destinatari (proprietari degli animali) delle medesime fino alla data di effettiva esecuzione;

Per l'Area "ricerca, sperimentazione, sponsorizzazione, informazione scientifica":

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

Area "rilevazione presenze":

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

Area delle attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero:

- revisione del Regolamento aziendale con indicazione delle relative sanzioni per la violazione delle norme di comportamento e penali;

- istituzione, presso ogni presidio in cui è allestita una camera mortuaria di pertinenza dell'ASL, ancorché non direttamente gestita, di un registro delle imprese aventi i requisiti rispondenti alla normativa

I Referenti, con riferimento alle strutture ricomprese nella macro-area di rispettiva competenza, verificano, con

cadenza almeno annuale, l'effettiva adozione ed applicazione di procedure rispondenti ai principi definiti nel presente Piano e l'attuazione delle ulteriori misure individuate per ciascuno dei sopra elencati settori, dandone evidenza nella relazione da presentare al Responsabile della prevenzione entro il 31 ottobre di ogni anno.

RESPONSABILI E TERMINI PER L'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE, COLLEGAMENTO CON IL CICLO DELLE PERFORMANCE - NUOVO PIANO INTEGRATO DI PERFORMANCE ED INTEGRITÀ

Il presente PTPC individua nei Referenti i responsabili della verifica, con riferimento alle strutture ricomprese nella macro-area di rispettiva competenza, con cadenza almeno annuale, dell'effettiva adozione ed applicazione di procedure rispondenti ai principi definiti nel presente Piano e dell'attuazione delle ulteriori misure individuate per ciascuno dei sopra elencati settori, dandone evidenza nella relazione da presentare al RPCT entro il 31 ottobre di ogni anno.

Nella suddetta relazione annuale, i Referenti formalizzano le procedure utilizzate dalle strutture afferenti la rispettiva macro-area per lo svolgimento delle attività di competenza e i controlli di regolarità e legittimità posti in essere, specificando i soggetti addetti al controllo, l'oggetto e la tempistica. Nella medesima relazione dovranno altresì essere indicati gli eventuali interventi correttivi/implementativi delle misure esistenti per migliorare l'efficacia dell'azione preventiva e, per ciascuna misura da implementare, il responsabile dell'implementazione e il termine per l'implementazione stessa.

L'efficacia del PTPC dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell'organizzazione e, pertanto, è necessario che il suo contenuto sia coordinato rispetto a quello di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'Azienda. Il PTPC è quindi strutturato come documento di programmazione, con l'indicazione di obiettivi, indicatori, misure, responsabili, tempistica e risorse.

Il presente PTPC stabilisce i dovuti collegamenti con il ciclo della performance, garantendone l'effettività, la concretezza e la realtà.

L'Azienda a tal fine procede, come da indicazioni già ricevute dalla delibera n.6 del 2013 della CIVIT, alla costruzione di un ciclo delle performance integrato, che comprenda gli ambiti relativi:

- alla *performance*;
- agli *standard* di qualità dei servizi;
- alla trasparenza ed alla integrità;
- al piano di misure in tema di misurazione e contrasto alla corruzione.

Il contenuto del PTPC è coordinato con gli strumenti già vigenti per il controllo dell'amministrazione nonché con quelli individuati dal d.lgs. n. 150/2009, ossia con il Piano e la Relazione sulla performance (art. 10 del d.lgs. n. 150/2009), il Sistema di misurazione e valutazione della performance (art. 7 del d.lgs. n. 150/2009). nel rispetto di quanto determinatosi dall'adozione delle linee guida per la redazione del nuovo Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)

La rilevanza strategica dell'attività di prevenzione e contrasto della corruzione comporta che l'Azienda procede all'inserimento dell'attività che pone in essere per l'attuazione della Legge n. 190/2012 nella programmazione strategica e operativa, definita in via generale nel Piano della performance (e negli analoghi strumenti di programmazione eventualmente previsti).

L'Azienda, quindi, procede ad inserire negli strumenti del ciclo della performance, in qualità di obiettivi e di indicatori per la prevenzione del fenomeno della corruzione, i processi e le attività di programmazione posti in essere per l'attuazione del PTPC. In tal modo, le attività svolte dall'Azienda per la predisposizione,

l'implementazione e l'attuazione del PTPC vengono inserite in forma di obiettivi nel Piano della performance, nel duplice versante della:

- **performance organizzativa** (art. 8 del d.lgs. n. 150/2009), con particolare riferimento:
 - all'attuazione di piani e misure di prevenzione della corruzione, nonché la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti (art. 8, comma 1, lett. b), d.lgs. n. 150/2009);
 - allo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione (art. 8, comma 1, lett. e), d.lgs. n. 150/2009), al fine di stabilire quale miglioramento in termini di *accountability riceve il rapporto con i cittadini l'attuazione delle misure di prevenzione*;
- **performance individuale** (ex art. 9, d.lgs. n. 150/2009), dove andranno inseriti:
 - nel Piano della *performance* ex art. 10 del d.lgs. n. 150/2009, gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori, in particolare gli obiettivi assegnati al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, ai dirigenti apicali in base alle attività che svolgono ai sensi dell'art. 16, commi 1, lett. l) bis, ter, quater, d.lgs. n. 165/2001; ai Referenti del Responsabile della corruzione, qualora siano individuati tra il personale con qualifica dirigenziale;
 - nel Sistema di misurazione e valutazione delle performance ex art. 7 del d.lgs. n.150/2009 gli obiettivi, individuali e/o di gruppo, assegnati al personale formato che opera nei settori esposti alla corruzione;
 - Dell'esito del raggiungimento di questi specifici obiettivi in tema di contrasto del fenomeno della corruzione individuati nel PTPC (e dunque dell'esito della valutazione delle *performance* organizzativa ed individuale) l'Azienda dà specificamente conto nell'ambito della Relazione delle performance (art. 10, d.lgs. n. 150/2009), dove a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, l'Azienda verifica i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Dei risultati emersi nella Relazione delle *performance*, il Responsabile della prevenzione della corruzione tiene conto:

1. effettuando un'analisi per comprendere le ragioni/cause in base alle quali si sono verificati degli scostamenti rispetto ai risultati attesi;
2. individuando delle misure correttive, sia in relazione alle misure c.d. obbligatorie che a quelle c.d. ulteriori, anche in coordinamento con i dirigenti in base alle attività che svolgono ai sensi dell'art. 16, commi 1, lett. l) bis, ter, quater, d.lgs. n. 165/2001 e con i Referenti del Responsabile della corruzione individuati ai sensi del presente piano;
3. per inserire le misure correttive tra quelle per implementare/migliorare il PTPC. Anche la *performance* individuale del Responsabile della prevenzione della corruzione è valutata in relazione alla specifica funzione affidata, a tal fine inserendo nel P.P. gli obiettivi affidati.

DEFINIZIONE DEL PROCESSO DI MONITORAGGIO SULL'IMPLEMENTAZIONE DEL PTPC

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

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

INDIVIDUAZIONE DELLE MODALITÀ PER OPERARE L'AGGIORNAMENTO DEL PTPC

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

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

Il presente aggiornamento sarà adottato entro il 31 Gennaio 2024 come da indicazioni della Regione Puglia la quale ha comunicato, in via prudenziale di attenersi alla scadenza ordinaria del 31 gennaio di ogni anno. Per l'aggiornamento riferito all'anno 2024 tale termine è stato confermato dal Comunicato del Presidente ANAC del 10 gennaio 2024 .

LA GESTIONE DEL RISCHIO

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

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

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

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

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

MAPPATURA DEI PROCESSI ATTUATI DALL'AZIENDA

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

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

Questa attività di mappatura dei processi consente l'elaborazione del “catalogo dei processi” che di volta in

volta viene incrementato con nuovi processi, in base agli input esterni ed interni e ai cambiamenti organizzativi dell'azienda, sino a coprire tutta l'organizzazione aziendale.

La mappatura dei processi della ASL Brindisi, è partita con l'aggiornamento 2016 – 2018 dalle aree di rischio obbligatorie, quali individuate dal Piano Nazionale della Anticorruzione e dalla Determinazione ANAC n. 12/2015, e si è allargata ad aree specifiche dell'Azienda.

Il PTPC, in quanto avente anche valore di documento programmatico, individuava come uno degli obiettivi aziendali la mappatura di tutti i processi aziendali. Essendo ancora in corso il processo di adozione del nuovo ATTO AZIENDALE che cambierà totalmente il contesto organizzativo aziendale, con il presente aggiornamento 2024 – 2026 si prevede di procedere ad attività di verifica ed aggiornamento della mappatura dei processi già in essere (e che ha avuto un momento di sospensione dettato dal periodo emergenziale legato alla pandemia da Covid -19), per la cui conclusione finale si rinvia ad un momento successivo alla adozione del suddetto provvedimento.

Il livello di analisi (se cioè l'area riguarda l'intero processo o solo una sua fase) viene deciso in sede di mappatura dei processi e si approfondisce di volta in volta in accordo con il livello di rischio individuato.

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

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

Per valutazione del rischio si intende il processo di:

- Identificazione ;
- analisi,
- ponderazione del rischio.

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

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

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

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

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

Il coordinamento generale dell'attività è assunto dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione, con il coinvolgimento dell'OIV, il quale contribuisce alla fase di identificazione mediante

le risultanze dell'attività di monitoraggio sulla trasparenza ed integrità dei controlli interni (art. 14, comma 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009).

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

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

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

METODOLOGIA DI PONDERAZIONE DEL RISCHIO

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

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

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

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

Il Piano Nazionale Anticorruzione con la Tabella Allegato 5, per stimare la probabilità e l'impatto e per valutare il livello di rischio del processo suggerisce di seguire la metodologia della norma UNI ISO 31000:2010 che definisce principi e linee guida per la gestione del rischio generale.

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

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

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

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

1 a 6 = Rischio basso (B)

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

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

La **stima della probabilità** tiene conto, tra gli altri fattori, dei controlli vigenti. A tal fine, per controllo si intende qualunque strumento di controllo utilizzato nell'Azienda che sia utile per ridurre la probabilità del rischio (e, quindi, sia il sistema dei controlli legali, come il controllo preventivo e il controllo di gestione, sia

altri meccanismi di controllo utilizzati nell'Azienda, come – a mero titolo esemplificativo – i controlli a campione in casi non previsti dalle norme). La valutazione sull'adeguatezza del controllo è fatta considerando il modo in cui il controllo funziona concretamente nell'Azienda. Per la stima della probabilità, quindi, non rileva la previsione dell'esistenza in astratto del controllo, ma la sua efficacia in relazione al rischio considerato.

L'impatto si misura in termini di:

- impatto economico
- impatto organizzativo
- impatto reputazionale

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

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

La ponderazione consiste nel considerare il rischio alla luce dell'analisi e nel raffrontarlo con altri rischi al fine di decidere le priorità e l'urgenza di trattamento.

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

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

Per i prossimi aggiornamenti, a seguito della prevista riorganizzazione aziendale a seguito dell'adozione del nuovo Atto aziendale, si potranno rivalutare i criteri sopra riportati ed utilizzati per il presente aggiornamento.

IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO E LE MISURE PER NEUTRALIZZARLO

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

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

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

Le priorità di trattamento

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

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

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

Il monitoraggio e le azioni di risposta

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

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

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

Sulla base delle risultanze e delle valutazioni dei dati, informazioni, proposte e suggerimenti acquisiti in sede di monitoraggio e di quelli ulteriori eventualmente disponibili, quali segnalazioni ricevute tramite la procedura di whistleblowing o eventi sentinella comunicati dai Referenti del RPCT o da altri soggetti e strutture destinatari degli obblighi informativi nei confronti del RPCT, quest'ultimo predispone la propria Relazione annuale, curandone la Trasmissione alla Direzione Generale e all'OIV e la pubblicazione sul sito aziendale e sulla rete intranet entro il 15 dicembre di ogni anno o entro diverso termine stabilito dall'ANAC che, per l'anno 2024 è stato differito al 31/01/2024, come da Comunicato del Presidente del 8 novembre 2023.

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

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

Rischio basso-scarso:

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

Rischio medio-accettabile:

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

Rischio alto-elevato:

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

AREE DI RISCHIO INDIVIDUATE DAL PTPC DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE BR

Con i criteri fissati nel PTPC aziendale, approvato con deliberazione n.734 del 5/5/2015, sono state analizzate le Unità Operative aziendali sulla base dell'articolazione aziendale di cui alla Deliberazione D.G. n.1258 del 4/7/2013.

Tale provvedimento, che aveva provveduto alla riorganizzazione in senso dipartimentale della ASL Brindisi, nelle more e a stralcio della adozione del nuovo Atto aziendale in via di elaborazione, è stata revocata in autotutela e a tutti gli effetti di legge, dall'attuale Direzione Strategica con la Deliberazione G.C. n. 55/2015.

Con Deliberazione n. 302 del 17/02/2017 si approvava, a stralcio del definendo nuovo Atto Aziendale, la riorganizzazione in senso dipartimentale della ASL Br, alla quale si apportavano modifiche ed integrazioni per effetto delle Deliberazioni n. 884 del 25/05/2017, n. 122 del 18/01/2018, n. 220 del 05/02/2018, n. 2154 del 15/10/2020, n. 2383 del 6/11/2020, n. 2145 del 19/8/2021 e n. 2805 del 28/10/2021 che hanno portato, di fatto, all'approvazione di un nuovo modello organizzativo in senso dipartimentale il cui regolamento funzionale è stato approvato con Deliberazione n. 1164 del 28/04/2021.

L'analisi delle UU.OO. che segue è stato elaborato sulla base di quanto definito con il PTPC 2015, in quanto solo a seguito dell'ultimazione del processo di dipartimentalizzazione e dell'approvazione del nuovo Atto Aziendale, si programmerà la completa mappatura dei processi sulla base del nuovo assetto organizzativo della ASL Brindisi

| UU.OO. COINVOLTE | TIPI DI ATTIVITA' | GRADO DI RISCHIO |
|---|-------------------------------------|------------------|
| UOC – Chirurgia Generale P.O. Brindisi | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Chirurgia Vascolare P.O. Brindisi | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Urologia P.O. Brindisi | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Chirurgia Generale P.O. Francavilla F. | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Chirurgia Generale P.O. Ostuni | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Servizio Trasfusionale P.O. Brindisi | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UO – Day Surgery Chirurgico | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UO – Endoscopia Digestiva Interventistica | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UO – Diagnostica Vascolare e Angiologica di collegamento ospedale-territorio | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Neonatologia P.O. Brindisi | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Ostetricia e Ginecologia P.O. Brindisi | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Pediatria P.O. Brindisi | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Ostetricia e Ginecologia P.O. Francavilla F. | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Pediatria P.O. Francavilla F. | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Oncologia P.O. Brindisi | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Radioterapia P.O. Brindisi | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Ematologia P.O. Brindisi | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Accettazione d'Urgenza P.O. Brindisi | Assistenza | ALTO |
| UOC – Anestesia e Rianimazione P.O. Brindisi | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Accettazione d'Urgenza P.O. Francavilla F. | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Anestesia P.O. Francavilla F. | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Accettazione d'Urgenza P.O. Ostuni | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Anestesia P.O. Ostuni | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – S.E.U.S 118 (struttura territoriale) | Assistenza | MEDIO |
| UOC – Geriatria P.O. Brindisi | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Medicina Interna P.O. Brindisi | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Malattie Infettive P.O. Brindisi | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Nefrologia e Dialisi P.O. Brindisi (comprende CAD Brindisi-S. Pietro V.) | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Medicina e Lungodegenza Plesso S. Pietro V. | Programmazione e controllo attività | MEDIO |

| | | |
|--|---|-------|
| UOC – Medicina Interna P.O. Francavilla F. | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Medicina Interna P.O. Ostuni | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UO – Allergologia | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UO – Endocrinologia, Malattie Metaboliche e Nutrizione clinica | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UO – Coordinamento Ospedaliero prelievi e trapianti d'organo | Coordinamento attività | MEDIO |
| UO – Gastroenterologia | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Neurologia P.O. Brindisi | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Neurochirurgia P.O. Brindisi | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Oculistica P.O. Brindisi | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UO – Dermatologia | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UO – Day Service Oculistica | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Chirurgia Plastica P.O. Brindisi | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Ortopedia e Traumatologia P.O. Brindisi | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Ortopedia e Traumatologia P.O. Francavilla | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Ortopedia e Traumatologia P.O. Ostuni | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Otorinolaringoiatria P.O. Brindisi | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UO – Breast Unit | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Patologia Clinica P.O. Brindisi | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Anatomia Patologica P.O. Brindisi | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Patologia Clinica P.O. Francavilla F. | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Patologia Clinica P.O. Ostuni | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Radiodiagnostica P.O. Brindisi | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Medicina Nucleare P.O. Brindisi | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Radiodiagnostica P.O. Francavilla F. | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Radiodiagnostica P.O. Ostuni | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UO – Radiologia Interventistica | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UO – Fisica Sanitaria | Programmazione e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Farmacia Ospedaliera P.O. Brindisi | Rimborsi per erogazione farmaci, certificazioni, ispezioni-controlli, sussidi | ALTO |
| UOC – Farmacia Ospedaliera P.O. Francavilla F. | Rimborsi per erogazione farmaci, certificazioni, ispezioni-controlli, sussidi | MEDIO |

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

| | | |
|--|--|-------|
| UOC – Veterinaria Area B | Ispezioni, controlli e sanzioni conseguenti, atti autorizzatori e concessori, valutazione dei rischi, attività deliberativa e liquidazioni | ALTO |
| UOC – Veterinaria Area C | Ispezioni, controlli e sanzioni conseguenti, atti autorizzatori e concessori, valutazione dei rischi, attività deliberativa e liquidazioni | ALTO |
| UO – Epidemiologia, Screening Malattie Croniche e Oncologiche | Coordinamento attività | MEDIO |
| UOC – Direzione Sanitaria P.O. Brindisi | Controllo attività | MEDIO |
| UOC – Direzione Sanitaria P.O. Francavilla F. | Controllo attività | MEDIO |
| UOC – Direzione Sanitaria P.O. Ostuni | Controllo attività | MEDIO |
| UOC - Area Gestione del Personale | Concorsi e procedure selettive, progressioni di carriera, affidamenti incarichi, autorizzazioni incarichi e attività dipendenti | ALTO |
| UOC – Gestione Risorse Economico-Finanziarie | Bilancio – ragioneria – pagamenti e incassi | MEDIO |
| UOC – Area Gestione del Patrimonio | Procedure di acquisizione di beni e servizi, contratti di forniture, tenuta cassa economale, tenuta magazzini aziendali | ALTO |
| UOC – Area Gestione Tecnica | Appalti di lavori, servizi e forniture (lavori e opere, manutenzioni) e affini – inventario beni mobili, gestione del patrimonio aziendale | ALTO |
| UOC – Direzione Amministrativa Presidi Ospedalieri | Coordinamento attività | MEDIO |
| UOC – Struttura Burocratico Legale | Affidamento incarichi legali esterni, liquidazioni prestazioni | ALTO |
| UOC – Area Servizi Socio Sanitari | Erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi e ausili finanziari – Inserimenti in strutture, liquidazioni | ALTO |
| UOC – Programmazione e Controllo di Gestione | Coordinamento e controllo attività | MEDIO |
| UOC – Unità di Statistica ed Epidemiologia | Coordinamento attività | MEDIO |
| UOSA – SPPA | Valutazione dei rischi, valutazione dei sinistri | BASSO |
| UOSA – Sorveglianza Sanitaria | Visite e certificazioni | MEDIO |
| UOSA – Rischio Clinico e Medicina Legale | Coordinamento attività | MEDIO |
| UOSA – Struttura Informazione e Comunicazione Istituzionale | Obblighi di Informazione | BASSO |
| UOSA – Sistemi Informativi | Obblighi di pubblicazione e aggiornamento dati, inventario apparecchiature informatiche | ALTO |
| UOSA – Coordinamento Gestione anagrafe – CUP – tempi di attesa | Coordinamento attività | MEDIO |
| UOSA – Qualità e Formazione | Affidamento incarichi esterni | ALTO |

| | | |
|---|---|-------|
| UOSA – Ingegneria Clinica | Appalti di servizi, manutenzioni e affini | ALTO |
| UOSA – Servizio Professioni Sanitarie | Coordinamento attività | BASSO |
| UOSA – Tutela Privacy e Affari Generali | Coordinamento attività | MEDIO |
| UOSA – UVAR | Coordinamento e controllo attività | MEDIO |
| UOSA - ALPI | Coordinamento e controllo attività | MEDIO |

In considerazione della durata programmata triennale del piano di prevenzione della corruzione dell'Azienda Sanitaria Locale BR, la valutazione del rischio di corruzione compiuta con il presente Piano potrà costituire oggetto di modifica e di revisione, oltre che di aggiornamento od implementazione, anche in termini di maggiore specificità nella indicazione delle attività a rischio, laddove i dati esperienziali progressivamente acquisiti lo rendano opportuno.

Innanzitutto, il presente PTPC dell'Azienda Sanitaria Locale recepisce le aree di rischio che l'esperienza internazionale e nazionale mostrano come ricorrenti (rispetto alle quali potenzialmente tutte le pubbliche amministrazioni sono esposte) e che la L. n. 190/2012 individua espressamente come tali, vale a dire le aree che sono elencate nell'art. 1, comma 16, che si riferiscono ai procedimenti di:

- autorizzazione o concessione;
- scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al d.lgs. n. 163 del 2006;
- concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'articolo 24 del decreto legislativo n. 150/2009.

I suddetti procedimenti corrispondono alle seguenti aree di rischio:

- a) processi finalizzati all'acquisizione e alla progressione del personale;
- b) processi finalizzati all'affidamento di lavori, servizi e forniture nonché all'affidamento di ogni altro tipo di commessa o vantaggio pubblici;
- c) processi finalizzati all'adozione di provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
- d) processi finalizzati all'adozione di provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.

La descritta valutazione del rischio di corruzione compiuta nel presente PTPC – in considerazione della complessità della organizzazione aziendale, strutturata in articolazioni centrali e periferiche, nonché della molteplicità e della varietà delle funzioni amministrative, sanitarie e sociosanitarie riconducibili alla sua competenza e responsabilità – è riferita a tutti i processi, a tutti i compiti ed a tutti gli adempimenti che, a livello centrale e periferico, vengono svolti, nell'ambito delle aree di attività qui individuate, non solo dalle strutture istituzionalmente preposte, ma anche dalle commissioni, dai comitati, dalle funzioni di coordinamento, dai gruppi di lavoro o dai nuclei operativi formalmente costituiti per l'esercizio delle attività aziendali cui afferiscono.

TRASPARENZA

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

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

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

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

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

Restano comunque "ferme le disposizioni in materia di pubblicità previste dal codice di cui al decreto legislativo 50/2016", nonché tutte le altre disposizioni già vigenti che prescrivono misure di trasparenza, tra cui quelle contenute dell'art. 4 della legge n. 15/2009, commi 7 e 8, che impongono misure di trasparenza sull'organizzazione e sull'attività alle "amministrazioni pubbliche".

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

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

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

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

Si è così disposta la confluenza dei contenuti del Programma Triennale della Trasparenza ed Integrità all'interno del PTPC.

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

Si ricorda, infine, che oltre alla trasparenza intesa come misura generale quale adeguamento agli obblighi di pubblicazione previsti dal d.lgs. 33/2013 e dalla normativa vigente, le amministrazioni e gli enti possono pubblicare i c.d. "dati ulteriori", come espressamente previsto dalla l. 190/2012, art. 1, co. 9, lett. f) e dall'art. 7-bis, co. 3 del d.lgs. 33/2013. L'ostensione di questi dati on line deve avvenire nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza e procedendo all'anonimizzazione di dati personali eventualmente presenti.

A fronte delle modifiche apportate dal d.lgs. 97/2016 agli obblighi di trasparenza del d.lgs. 33/2013, nel Piano nazionale anticorruzione 2016 (§ 7.1 Trasparenza) l'Autorità si è riservata di intervenire con apposite Linee guida, integrative del PNA, con le quali operare una generale ricognizione dell'ambito soggettivo e oggettivo degli obblighi di trasparenza delle pubbliche amministrazioni ed ha pubblicato la Delibera n.1310 "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 22/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016"

La modifica apportata all'art. 1, co. 7, della legge 190/2012 dall'art. 41, co. 1, lett. f) del d.lgs. 97/2016 fa sì che sia previsto un unico Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) che riveste tutti e due i ruoli.

Inoltre, a seguito dell'aggiornamento 2016 al PNA il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità viene integrato nella sezione del PTPC dedicata alla misura di prevenzione della Trasparenza, anche considerato che la trasparenza è una misura fondamentale per la prevenzione della corruzione.

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

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

presentare l'istanza di accesso civico ai sensi dell'art. 5.

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

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

Le amministrazioni e gli altri soggetti obbligati sono tenuti, pertanto, ad adottare, ordinariamente entro il 31 gennaio di ogni anno, un unico Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza in cui sia chiaramente identificata la sezione relativa alla trasparenza. Come già chiarito nel PNA 2016, in una logica di semplificazione e in attesa della realizzazione di un'apposita piattaforma informatica, non deve essere trasmesso alcun documento ad ANAC. I PTPCT devono, invece, essere pubblicati sul sito istituzionale tempestivamente e comunque non oltre un mese dall'adozione

SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

| Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione e sotto-sezione 2° livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Aggiornamento o Responsabile |
|--|---|--|---|--|-------------------------------------|
| Disposizioni generali | Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 | Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) | Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione) | Annuale II RPCT |

| | | | | | |
|--|---------------|----------------------------------|--|--|--|
| | Atti generali | Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Riferimenti normativi su organizzazione e attività | Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) IL DIRIGENTE U.O.AFFARI GENERALI |
|--|---------------|----------------------------------|--|--|--|

| | | | | | |
|-----------------------|--|---|---|---|---|
| Disposizioni generali | | | | l'attività delle pubbliche amministrazioni | |
| | | | Atti amministrativi generali | Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) IL DIRIGENTE U.O.AFFARI GENERALI |
| | | | Documenti di programmazione strategico-gestionale | Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) IL DIRIGENTE U.O. AFFARI GENERALI |
| | | Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Statuti e leggi regionali | Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) IL DIRIGENTE U.O. AFFARI GENERALI |
| | | Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Codice disciplinare e codice di condotta | Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento | Tempestivo Il Presidente-UPD |
| | | | | | |

| | | | | | |
|-----------------------|---|--------------------------------------|---|--|--|
| Disposizioni generali | Oneri informativi per cittadini e imprese | Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 | Scadenario obblighi amministrativi | Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013 | Tempestivo Non applicabile alle ASL |
| | | Art. 34, d.lgs. n. 33/2013 | Oneri informativi per cittadini e imprese | Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016 |
| | Burocrazia zero | Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013 | Burocrazia zero | Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016 |
| | | Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013 | Attività soggette a controllo | Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione) | |

| | | | | | |
|----------------|---|--|---|---|---|
| Organizzazione | Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo | Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 | | Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) non applicabile alle ASL |
| | Non applicabile alla ASL | Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 | Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle) | Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) non applicabile alle ASL |
| | | Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 | | Curriculum vitae | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) non applicabile alle ASL |
| | | Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 | | Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) non applicabile alle ASL |
| | | | | Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) non applicabile alla ASL |
| | | Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 | | Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) non applicabile alle ASL |
| | | Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013 | | Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | 33/2013 | | compensi spettanti | non applicabile alle ASL |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982 | | 1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico] | Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato). non applicabile alle ASL |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982 | | 2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati | Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico non applicabile alle ASL |

| | | | | | |
|--|--|--|---------------------------------------|---|---|
| | | | | sensibili) | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982 | | 3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €) | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) non applicabile alle ASL |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982 | | 4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] | Annuale non applicabile alle ASL |
| | | Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. | Titolari di incarichi di amministrazi | Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) |

| | | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|--------------------------|
| | | 33/2013 | one, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013 | durata dell'incarico o del mandato elettivo | non applicabile alle ASL | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 | | Curriculum vitae | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | non applicabile alle ASL |
| | | Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 | | Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | non applicabile alle ASL |
| | | | | Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | non applicabile alle ASL |
| | | Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 | | Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | non applicabile alle ASL |
| | | Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013 | | Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | non applicabile alle ASL |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982 | | 1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico] | Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato). non applicabile alle ASL |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982 | | 2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) | Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico non applicabile alle ASL non applicabile alle ASL |

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|
| | | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982 | | 3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €) | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) non applicabile alle ASL |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982 | | 4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] | Annuale non applicabile alle ASL |
| | | Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 | Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web) | Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico | Nessuno non applicabile alle ASL |
| | | Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. | | Curriculum vitae | Nessuno |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|-------------------------------------|
| | | 33/2013 | | | non applicabile alle ASL |
| | | | | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 | | Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica | Nessuno non applicabile alle ASL |
| | | | | Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici | Nessuno non applicabile alle ASL |
| | | Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 | | Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti | Nessuno non applicabile alle ASL |
| | | Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013 | | Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti | Nessuno non applicabile alle ASL |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982 | | 1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando | Nessuno non applicabile alle ASL |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982 | 3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €) | Nessuno non applicabile alle ASL |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982 | 4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] | Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell' incarico). non applicabile alle ASL |

| | | | | | |
|--------------------------------|--|--|---|--|--|
| | Sanzioni per mancata comunicazione dei dati | Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo | Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) non applicabile alle ASL |
| | Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali | Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali | Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) non applicabile alle ASL |
| Atti degli organi di controllo | | | Atti e relazioni degli organi di controllo | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) non applicabile alle ASL | |
| | Articolazione degli uffici | Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 | Articolazione degli uffici | Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORE AREA GESTIONE PERSONALE |

| | | | | | |
|----------------------------|--|--|---|--|--|
| | | Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 | Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma) | Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORE AREA GESTIONE PERSONALE |
| | | Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 | | Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) |
| | Telefono e posta elettronica | Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 | Telefono e posta elettronica | Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRIGENTE Struttura informazione e comunicazione istituzionale |
| Consulenti e collaboratori | Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza | Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle) | Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORE AREA GESTIONE PERSONALE DIRETTORE STRUTTURA BUR. LEGALE DIRETTORI AREE che conferiscono gli incarichi |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | |
| | | | | Per ciascun titolare di incarico: | |
| | | Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 | | 1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo | <p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>DIRETTORE AREA GESTIONE PERSONALE</p> <p>DIRETTORE STRUTTURA BUR. LEGALE</p> <p>DIRETTORI AREE che conferiscono gli incarichi</p> |
| | | Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 | | 2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali | <p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>DIRETTORE AREA GESTIONE PERSONALE</p> <p>DIRETTORE STRUTTURA BUR. LEGALE</p> <p>DIRETTORI AREE che conferiscono gli incarichi</p> |

| | | | |
|----------------------------|--|--|--|
| Consulenti e collaboratori | Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 | 3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato | <p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>DIRETTORE AREA GESTIONE PERSONALE</p> <p>DIRETTORE</p> <p>STRUTTURA BUR. LEGALE</p> <p>DIRETTORI AREE che conferiscono gli incarichi</p> |
| | Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001 | <p>Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)</p> | <p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>DIRETTORE AREA GESTIONE PERSONALE</p> <p>DIRETTORE</p> <p>STRUTTURA BUR. LEGALE</p> <p>DIRETTORI AREE che conferiscono gli incarichi</p> |

| | | | | | |
|--|--|------------------------------------|--|---|--|
| | | Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001 | | Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse | <p>Tempestivo</p> <p>DIRETTORE AREA GESTIONE PERSONALE</p> <p>DIRETTORE STRUTTURA BUR. LEGALE</p> <p>DIRETTORI AREE che conferiscono gli incarichi</p> |
|--|--|------------------------------------|--|---|--|

| | | | | | |
|----------------------------|--|---|--|--|--|
| Consulenti e collaboratori | | | | | |
| Personale | Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice | | Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle) | Per ciascun titolare di incarico: | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 | | Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORE Area Gestione Personale |
| | | Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 | | Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORE Area Gestione Personale |
| | | Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 | | Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato) | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORE Area Gestione Personale |
| | | | | Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORE Area Gestione Personale |

| | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|--|
| Personale | | Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 | | Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) n.a. (vietato per legge, c'è esclusività) |
| | | Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 | | Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) n.a. (vietato per legge) |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982 | | 1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico] | Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato). DIRETTORE Area Gestione Personale |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982 | | 2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli | Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico DIRETTORE |

| | | | | |
|--|--|---|--|---|
| | | | stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) | Area Gestione Personale ASL) |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982 | 3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] | Annuale DIRETTORE Area Gestione Personale |
| | | Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013 | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico | Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013) DIRETTORE Area Gestione Personale |
| | | Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013 | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico | Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013) DIRETTORE Area Gestione Personale |

| | | | | | | |
|-----------|---|---|--|--|---|--|
| Personale | | | | | | |
| | | Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013 | | Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica | <p>Annuale (non oltre il 30 marzo)</p> <p>DIRETTORE Area Gestione Personale</p> | |
| | Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali) | | | | Per ciascun titolare di incarico: | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 | Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico | Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico | <p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>DIRETTORE Area Gestione Personale</p> | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 | senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali | Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo | <p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>DIRETTORE Area Gestione Personale</p> | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 | (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, | Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato) | <p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>DIRETTORE Area Gestione</p> | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali) | | Personale |
| | | | | Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORE Area Gestione Personale |
| | | Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 | | Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORE Area Gestione Personale |
| | | Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 | | Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORE Area Gestione Personale |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982 | | 1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione | Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato). |

| | | | | |
|-----------|--|--|---|--|
| Personale | | | corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico] | DIRETTORE Area Gestione Personale |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982 | 2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) | Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico DIRETTORE Area Gestione Personale |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982 | 3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] | Annuale DIRETTORE Area Gestione Personale |
| | | Art. 20, c. 3, d.lgs. n. | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di | Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | 39/2013 | | inconferibilità dell'incarico | 39/2013) DIRETTORE Area Gestione Personale |
| | | Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013 | | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico | Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013) DIRETTORE Area Gestione Personale |
| | | Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013 | | Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica | Annuale (non oltre il 30 marzo) DIRETTORE Area Gestione Personale |
| | | Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013 | Elenco posizioni dirigenziali discrezionali | Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016 |
| | | Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001 | Posti di funzione disponibili | Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta | Tempestivo DIRETTORE Area Gestione Personale |

| | | | | | |
|-------------------|--|--|-----------------|--|---|
| | | | | | |
| | | Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004 | Ruolo dirigenti | Ruolo dei dirigenti | <p>Annuale</p> <p>DIRETTORE Area Gestione Personale</p> |
| Dirigenti cessati | Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 | Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web) | | Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo | <p>Nessuno</p> <p>DIRETTORE Area Gestione Personale</p> |
| | Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 | | | Curriculum vitae | <p>Nessuno</p> <p>DIRETTORE Area Gestione Personale</p> |
| | Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 | | | Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica | <p>Nessuno</p> <p>DIRETTORE Area Gestione Personale</p> |
| | | | | Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici | <p>Nessuno</p> <p>DIRETTORE Area Gestione Personale</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 | | Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti | Nessuno DIRETTORE Area Gestione Personale |
| | | Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013 | | Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti | Nessuno DIRETTORE Area Gestione Personale |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982 | | 1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) | Nessuno DIRETTORE Area Gestione Personale |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982 | | 3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione | Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico). |

| | | | | | |
|---|---|--|--|---|--------------------------------------|
| | | | | [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] | DIRETTORE Area Gestione Personale |
| Sanzioni per mancata comunicazione dei dati | Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali | Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | DIRETTORE Area Gestione Personale |
| Posizioni organizzative | Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013 | Posizioni organizzative | Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | DIRETTORE Area Gestione Personale |
| Dotazione organica | Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Conto annuale del personale | Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra | Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | DIRETTORE Area Gestione Personale |

| | | | | | |
|--|-------------------------------------|----------------------------------|--|--|--|
| | | | | le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico | |
| | | Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Costo personale tempo indeterminato | Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico | <p>Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>DIRETTORE Area Gestione Personale</p> |
| | Personale non a tempo indeterminato | Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | <p>Personale non a tempo indeterminato</p> <p>(da pubblicare in tabelle)</p> | Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico | <p>Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>DIRETTORE Area Gestione Personale</p> |
| | | Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | <p>Costo del personale non a tempo indeterminato</p> <p>(da pubblicare in tabelle)</p> | Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico | <p>Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>DIRETTORE Area Gestione Personale</p> |
| | Tassi di assenza | Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 | <p>Tassi di assenza trimestrali</p> <p>(da pubblicare in tabelle)</p> | Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale | <p>Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>DIRETTORE Area Gestione Personale</p> |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|
| | | | | | |
| Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) | Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001 | Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle) | Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORE Area Gestione Personale | |
| Contrattazione collettiva | Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001 | Contrattazione collettiva | Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORE Area Gestione Personale | |
| Contrattazione integrativa | Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Contratti integrativi | Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti) | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORE Area Gestione Personale | |
| | Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009 | Costi contratti integrativi | Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello | Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009) IL DIRIGENTE U.O.AFFARI | |

| | | | | | |
|-------------------|-----|--|---|---|--|
| | | | | di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica | GENERALI |
| | OIV | Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 | OIV (da pubblicare in tabelle) | Nominativi | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) IL DIRIGENTE U.O.AFFARI GENERALI |
| | | Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 | | Curricula | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) IL DIRIGENTE U.O.AFFARI GENERALI |
| | | Par. 14.2, delib. CiVIT n. 12/2013 | | Compensi | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) IL DIRIGENTE U.O.AFFARI GENERALI |
| Bandi di concorso | | Art. 19, d.lgs. n. 33/2013 | Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle) | Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonche' i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORE AREA GESTIONE PERSONALE |

| | | | | | |
|-------------|--|--|---|--|--|
| | | | | | |
| Performance | Sistema di misurazione e valutazione della Performance | Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010 | Sistema di misurazione e valutazione della Performance | Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009) | Tempestivo Responsabile della Struttura tecnica permanente di supporto all'OIV Annuale nuovo PIAO |
| | Piano della Performance | Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 | Piano della Performance /Piano esecutivo di gestione | Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000) | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Responsabile della Struttura tecnica permanente di supporto all'OIV Annuale nuovo PIAO |
| | Relazione sulla Performance | | Relazione sulla Performance | Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Responsabile della Struttura tecnica permanente di supporto all'OIV Annuale nuovo PIAO |
| | Ammontare complessivo dei premi | Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle) | Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORE Area Gestione Personale |
| | | | | Ammontare dei premi effettivamente distribuiti | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORE AREA GESTIONE PERSONALE |

| | | | | | |
|------------------|-------------------------|--|--|--|---|
| | | | | | |
| | Dati relativi ai premi | Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle) | <p>Criteria definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio</p> | <p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>Responsabile della Struttura tecnica permanente di supporto all'OIV</p> |
| | | | | <p>Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi</p> | <p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>DIRETTORE AREA GESTIONE PERSONALE</p> |
| | | | | <p>Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti</p> | <p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>Responsabile della Struttura tecnica permanente di supporto all'OIV</p> |
| | Benessere organizzativo | Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 | Benessere organizzativo | Livelli di benessere organizzativo | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lg.s 97/2016 |
| Enti controllati | Enti pubblici vigilati | Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 | Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle) | Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) |

| | | | | |
|--|--|----------------------------------|---|--|
| | | | abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate | IL DIRIGENTE U.O. AFFARI GENERALI |
| | | | Per ciascuno degli enti: | |
| | | Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | 1) ragione sociale | <p>Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>IL DIRIGENTE U.O. AFFARI GENERALI</p> |
| | | | 2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione | <p>Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>IL DIRIGENTE U.O. AFFARI GENERALI</p> |
| | | | 3) durata dell'impegno | <p>Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>IL DIRIGENTE U.O. AFFARI GENERALI</p> |
| | | | 4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio | <p>Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|
| | | | | dell'amministrazione | 33/2013) DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA |
| | | | | 5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio) | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA |
| | | | | 6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA |
| | | | | 7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio) | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA |

| | | | | | |
|--|---------------------|--|--|--|---|
| | | | | | |
| | | Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013 | | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente) | Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013) IL DIRIGENTE U.O. AFFARI GENERALI |
| | | Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013 | | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente) | Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013) IL DIRIGENTE U.O. AFFARI GENERALI |
| | | Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 | | Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) IL DIRIGENTE U.O. AFFARI GENERALI |
| | Società partecipate | Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 | Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle) | Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) IL DIRIGENTE U.O. AFFARI |

| | | | | |
|--|--|----------------------------------|---|---|
| | | | dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013) | GENERALI |
| | | | Per ciascuna delle società: | <p>Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>IL DIRIGENTE</p> <p>U.O. AFFARI GENERALI</p> |
| | | Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | 1) ragione sociale | <p>Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>IL DIRIGENTE</p> <p>U.O. AFFARI GENERALI</p> |
| | | | 2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione | <p>Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>IL DIRIGENTE</p> <p>U.O. AFFARI GENERALI</p> |
| | | | 3) durata dell'impegno | <p>Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> |

| | | | | | |
|--|--|----------------------------------|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | 4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione | <p>Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA</p> |
| | | | | 5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante | <p>Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA</p> |
| | | | | 6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari | <p>Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA</p> |
| | | | | 7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo | <p>Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA</p> |
| | | Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013 | | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di | <p>Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n.</p> |

| | | | | | |
|--|--|---|---------------|--|--|
| | | | | inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente) | 39/2013) IL DIRIGENTE U.O. AFFARI GENERALI |
| | | Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014 | | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente) | Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013) IL DIRIGENTE U.O. AFFARI GENERALI |
| | | Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 | | Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) IL DIRIGENTE U.O. AFFARI GENERALI |
| | | Art. 22, c. 1. lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013 | Provvedimenti | Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA |

| | | | | | |
|--|-------------------------------------|--|---|---|---|
| | | | | periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016) | |
| | | Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016 | | Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA |
| | | | | Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA |
| | Enti di diritto privato controllati | Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 | Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle) | Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA |
| | | | | Per ciascuno degli enti: | |
| | | Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | | 1) ragione sociale | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA |
| | | | | 2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione | <p>Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA</p> |
| | | | | 3) durata dell'impegno | <p>Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>IL DIRIGENTE</p> <p>U.O. AFFARI GENERALI</p> |
| | | | | 4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione | <p>Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA</p> |
| | | | | 5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico | <p>Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> |

| | | | | | |
|--|--|----------------------------------|--|--|--|
| | | | | complessivo a ciascuno di essi spettante | DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA |
| | | | | 6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari | <p>Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA</p> |
| | | | | 7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo | <p>Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA</p> |
| | | Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013 | | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico (link al sito dell'ente) | <p>Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)</p> <p>IL DIRIGENTE</p> <p>U.O. AFFARI GENERALI</p> |
| | | Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013 | | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente) | <p>Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)</p> |

| | | | | | |
|-------------------------|--|--|---|--|--|
| | | Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 | | Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati | <p>Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>IL DIRIGENTE</p> <p>U.O. AFFARI GENERALI</p> |
| | Rappresentazione grafica | Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 | Rappresentazione grafica | Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati | <p>Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA</p> |
| Attività e procedimenti | Dati aggregati attività amministrativa | Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Dati aggregati attività amministrativa | Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti | <p>Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016</p> <p>DIRETTORI DEGLI UFFICI TITOLARI DEI PROCEDIMENT</p> |
| | Tipologie di procedimento | Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 | Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle) | <p>Per ciascuna tipologia di procedimento:</p> <p>1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili</p> | <p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>DIRETTORI DEGLI UFFICI TITOLARI DEI PROCEDIMENT</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | |
| | | Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 | | 2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORI DEGLI UFFICI TITOLARI DEI PROCEDIMENT |
| | | Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 | | 3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORI DEGLI UFFICI TITOLARI DEI PROCEDIMENT |
| | | Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 | | 4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORI DEGLI UFFICI TITOLARI DEI PROCEDIMENT |
| | | Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013 | | 5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORI DEGLI UFFICI TITOLARI DEI PROCEDIMENT |
| | | Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 | | 6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORI DEGLI UFFICI |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | termine procedimentale rilevante | TITOLARI DEI PROCEDIMENT |
| | | Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013 | 7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORI DEGLI UFFICI TITOLARI DEI PROCEDIMENT |
| | | Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013 | 8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORI DEGLI UFFICI TITOLARI DEI PROCEDIMENT |
| | | Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 | 9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORI DEGLI UFFICI TITOLARI DEI PROCEDIMENT |
| | | Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013 | 10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORI DEGLI UFFICI TITOLARI DEI PROCEDIMENT |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | | effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento | |
| | | Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013 | 11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonchè modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORI DEGLI UFFICI TITOLARI DEI PROCEDIMENT |
| | | | Per i procedimenti ad istanza di parte: | |
| | | Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 | 1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORI DEGLI UFFICI TITOLARI DEI PROCEDIMENT |
| | | Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012 | 2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORI DEGLI UFFICI TITOLARI DEI PROCEDIMENT |

| | | | | | |
|---------------|---|---|---|---|--|
| | Monitoraggio tempi procedurali | Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012 | Monitoraggio tempi procedimentali | Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016 |
| | Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati | Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 | Recapiti dell'ufficio responsabile | Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORI DEGLI UFFICI TITOLARI DEI PROCEDIMENTI |
| Provvedimenti | Provvedimenti organi indirizzo politico | Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012 | Provvedimenti organi indirizzo politico | Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche. | Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORE AREA GESTIONE PATRIMONIO DIRETTORE AREA GESTIONE TECNICA |

| | | | | | |
|-------------------------|---|---|---|---|--|
| | Provvedimenti organi indirizzo politico | Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012 | Provvedimenti organi indirizzo politico | Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera. | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016 |
| | Provvedimenti dirigenti amministrativi | Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012 | Provvedimenti dirigenti amministrativi | Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche. | Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORE AREA GESTIONE PATRIMONIO DIRETTORE AREA GESTIONE TECNICA |
| | Provvedimenti dirigenti amministrativi | Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012 | Provvedimenti dirigenti amministrativi | Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera. | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016 |
| Controlli sulle imprese | | Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 | Tipologie di controllo | Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016 |

| | | | | | |
|---------------------------|---|--|---|---|---|
| | | | | criteri e delle relative modalità di svolgimento | |
| | | Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 | Obblighi e adempimenti | Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative | |
| Bandi di gara e contratti | Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare | Art. 4 delib. Anac n. 39/2016 | Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione e dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac | Codice Identificativo Gara (CIG) | Tempestivo DIRETTORE AREA GESTIONE PATRIMONIO DIRETTORE AREA GESTIONE TECNICA DIRETTORI DELLE STRUTTURE CHE HANNO TITOLO A FARE BANDI DI GARA O STIPULARE CONTRATTI IN PROPRIO O SU DELEGA DELL'AREA GESTIONE DEL PATRIMONIO |

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|---|
| | | Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016 | 39/2016) | Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate | Tempestivo DIRETTORE AREA GESTIONE PATRIMONIO DIRETTORE AREA GESTIONE TECNICA DIRETTORI UFFICI CHE HANNO TITOLO |
| | | Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016 | | Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate) | Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012) DIRETTORE AREA GESTIONE PATRIMONIO DIRETTORE AREA GESTIONE TECNICA DIRETTORI UFFICI CHE HANNO TITOLO |
| | Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Artt. 21, c. | Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, | Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi | Tempestivo DIRETTORE AREA GESTIONE |

| | | | | |
|----------------------------------|--|--|---|--|
| distintamente per ogni procedura | 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 | servizi e forniture | aggiornamenti annuali | PATRIMONIO DIRETTORE AREA GESTIONE TECNICA DIRETTORI UFFICI CHE HANNO TITOLO |
| | | | Per ciascuna procedura: | |
| | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 | Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del dlgs n. 50/2016 | Avvisi di preinformazione - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, dlgs n. 50/2016) | Tempestivo DIRETTORE AREA GESTIONE PATRIMONIO DIRETTORE AREA GESTIONE TECNICA DIRETTORI UFFICI CHE HANNO TITOLO |

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|
| | | <p>Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016</p> | | <p>Delibera a contrarre o atto equivalente (per tutte le procedure)</p> | <p>Tempestivo</p> <p>DIRETTORE AREA GESTIONE PATRIMONIO</p> <p>DIRETTORE AREA GESTIONE TECNICA</p> <p>DIRETTORI UFFICI CHE HANNO TITOLO</p> |
|--|--|---|--|---|---|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | |
| | | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 | | <p>Avvisi e bandi - Avviso (art. 19, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC);</p> <p>Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, dlgs n. 50/2016);</p> <p>Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, dlgs n. 50/2016);</p> <p>Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, dlgs n. 50/2016);</p> <p>Avviso relativo all'esito della procedura;</p> <p>Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi;</p> <p>Bando di concorso (art. 153, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, dlgs n. 50/2016);</p> <p>Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, dlgs n. 50/2016);</p> <p>Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione</p> | <p>Tempestivo</p> <p>DIRETTORE AREA GESTIONE PATRIMONIO</p> <p>DIRETTORE AREA GESTIONE TECNICA</p> <p>DIRETTORI UFFICI CHE HANNO TITOLO</p> |

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | | | (art. 173, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 183, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, dlgs n. 50/2016) | |
| | | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 | Avviso sui risultati della procedura di affidamento - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, dlgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, dlgs n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara | Tempestivo DIRETTORE AREA GESTIONE PATRIMONIO DIRETTORE AREA GESTIONE TECNICA DIRETTORI UFFICI CHE HANNO TITOLO |
| | | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. | Avvisi sistema di qualificazione - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte | Tempestivo |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | 50/2016 | | II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, dlgs n. 50/2016) | DIRETTORE AREA GESTIONE PATRIMONIO DIRETTORE AREA GESTIONE TECNICA DIRETTORI UFFICI CHE HANNO TITOLO |
| | | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 | | Affidamenti Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, dlgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, dlgs n. 50/2016) | Tempestivo DIRETTORE AREA GESTIONE PATRIMONIO DIRETTORE AREA GESTIONE TECNICA DIRETTORI UFFICI CHE HANNO TITOLO |
| | | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 | | Informazioni ulteriori - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, dlgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal | Tempestivo DIRETTORE AREA GESTIONE PATRIMONIO DIRETTORE AREA GESTIONE TECNICA |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016) | DIRETTORI UFFICI CHE HANNO TITOLO |
| | | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 | Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali. | Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione) | Tempestivo DIRETTORE AREA GESTIONE PATRIMONIO DIRETTORE AREA GESTIONE TECNICA DIRETTORI UFFICI CHE HANNO TITOLO |
| | | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 | Composizione e della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti. | Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti. | Tempestivo DIRETTORE AREA GESTIONE PATRIMONIO DIRETTORE AREA GESTIONE TECNICA DIRETTORI UFFICI CHE HANNO TITOLO |

| | | | | | |
|--|--------------------|---|---|---|--|
| | | Art. 1, co. 505, l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs. 50/2016) | Contratti | Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti | Tempestivo DIRETTORE AREA GESTIONE PATRIMONIO DIRETTORE AREA GESTIONE TECNICA DIRETTORI UFFICI CHE HANNO TITOLO |
| | | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 | Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione | Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione | Tempestivo DIRETTORE AREA GESTIONE PATRIMONIO DIRETTORE AREA GESTIONE TECNICA DIRETTORI UFFICI CHE HANNO TITOLO |
| Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici | Criteri e modalità | Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 alla luce della deliberazione ANAC n. 468 del 16.06.2021 | Criteri e modalità | Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) IL DIRIGENTE U.O. AFFARI GENERALI DIRIGENTE SERVIZI SOCIOSANITAR |
| | | | | | I |

| | | | | |
|---------------------|---|--|---|--|
| Atti di concessione | Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 alla luce della deliberazione ANAC n. 468 del 16.06.2021 | Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013) | Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro | Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) alla luce della deliberazione ANAC n. 468 del 16.06.2021 DIRETTORE DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DIRIGENTE SERVIZI SOCIO SANITARI IL DIRIGENTE U.O. AFFARI GENERALI DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA DIRETTORE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE DIRETTORI DEI DISTRETTI |
| | | | Per ciascun atto: | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|
| | | Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 | | 1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario | <p>Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>DIRETTORE DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</p> <p>DIRIGENTE SERVIZI SOCIO SANITARI</p> <p>IL DIRIGENTE U.O. AFFARI GENERALI</p> <p>DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA</p> <p>DIRETTORE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE</p> <p>DIRETTORI DEI DISTRETTI</p> |
| | | Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 | | 2) importo del vantaggio economico corrisposto | <p>TEMPESTIVO (ART. 26, C. 3, D.LGS. N. 33/2013)</p> <p>DIRETTORE</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | <p>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</p> <p>DIRIGENTE SERVIZI SOCIO SANITARI</p> <p>IL DIRIGENTE</p> <p>U.O. AFFARI GENERALI</p> <p>DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA</p> <p>DIRETTORE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE</p> <p>DIRETTORI DEI DISTRETTI</p> |
| | | Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 | | 3) norma o titolo a base dell'attribuzione | <p>Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>DIRETTORE DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</p> <p>DIRIGENTE SERVIZI SOCIO SANITARI</p> |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| | | | | | <p>IL DIRIGENTE U.O. AFFARI GENERALI</p> <p>DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA</p> <p>DIRETTORE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE</p> <p>DIRETTORI DEI DISTRETTI</p> |
| | | Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 | | 4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo | <p>Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>DIRETTORE DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</p> <p>DIRIGENTE SERVIZI SOCIO SANITARI</p> <p>IL DIRIGENTE U.O. AFFARI GENERALI</p> |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| | | | | | <p>DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA</p> <p>DIRETTORE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE</p> <p>DIRETTORI DEI DISTRETTI</p> |
| | | <p>Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013</p> | | <p>5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario</p> | <p>Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>DIRETTORE DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</p> <p>DIRIGENTE SERVIZI SOCIO SANITARI</p> <p>IL DIRIGENTE U.O. AFFARI GENERALI</p> <p>DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARI A</p> |

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|
| | | | | | <p>DIRETTORE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE</p> <p>DIRETTORI DEI DISTRETTI</p> |
| | | <p>Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013</p> | | <p>6) <i>link</i> al progetto selezionato</p> | <p>Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>DIRETTORE DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</p> <p>DIRIGENTE SERVIZI SOCIO SANITARI</p> <p>IL DIRIGENTE U.O. AFFARI GENERALI</p> <p>DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA</p> <p>DIRETTORE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE</p> <p>DIRETTORI DEI DISTRETTI</p> |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|
| | | Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 | | 7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato | Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORE DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DIRIGENTE SERVIZI SOCIO SANITARI IL DIRIGENTE U.O. AFFARI GENERALI DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA DIRETTORE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE DIRETTORI DEI DISTRETTI |
| | | Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | | Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di | Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013) |

| | | | | | |
|---------|----------------------------------|---|---------------------|---|--|
| | | | | sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro | <p>DIRETTORE DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</p> <p>DIRIGENTE SERVIZI SOCIO SANITARI</p> <p>IL DIRIGENTE U.O. AFFARI GENERALI</p> <p>DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA</p> <p>DIRETTORE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE</p> <p>DIRETTORI DEI DISTRETTI</p> |
| Bilanci | Bilancio preventivo e consuntivo | Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011 | Bilancio preventivo | Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche | <p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA</p> |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|
| | | Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016 | | Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo. | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA |
| | | Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011 | Bilancio consuntivo | Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA |
| | | Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016 | | Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo. | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA |
| | Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio | Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011 | Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio | Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA |

| | | | | | |
|--|--|----------------------------|---|---|---|
| | | | | | |
| Beni immobili e gestione patrimonio | Patrimonio immobiliare | Art. 30, d.lgs. n. 33/2013 | Patrimonio immobiliare | Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORE AREA GESTIONE PATRIMONIO |
| | Canoni di locazione o affitto | Art. 30, d.lgs. n. 33/2013 | Canoni di locazione o affitto | Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORE AREA GESTIONE PATRIMONIO |
| Controlli e rilievi sull'amministrazione | Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe | Art. 31, d.lgs. n. 33/2013 | Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe | Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione | Annuale e in relazione a delibere A.N.AC. IL DIRIGENTE U.O. AFFARI GENERALI |
| | | | | Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009) | Tempestivo IL DIRIGENTE U.O. AFFARI GENERALI |

| | | | | | |
|-----------------|--|----------------------------------|--|--|---|
| | | | | Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009) | Tempestivo IL DIRIGENTE U.O. AFFARI GENERALI |
| | | | | Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) IL DIRIGENTE U.O. AFFARI GENERALI |
| | Organi di revisione amministrativa e contabile | | Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile | Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) IL DIRIGENTE U.O. AFFARI GENERALI |
| | Corte dei conti | | Rilievi Corte dei conti | Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) IL DIRIGENTE U.O. AFFARI GENERALI |
| Servizi erogati | Carta dei servizi e standard di qualità | Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Carta dei servizi e standard di qualità | Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) IL DIRIGENTE S.I.C.I. |

| | | | | |
|----------------------|--|--|---|--|
| Class action | Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009 | Class action | Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio | Tempestivo DIRETTORE STRUTTURA BURIOCRATICO LEGALE |
| | Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009 | | Sentenza di definizione del giudizio | Tempestivo DIRETTORE STRUTTURA BURIOCRATICO LEGALE |
| | Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009 | | Misure adottate in ottemperanza alla sentenza | Tempestivo DIRETTORE STRUTTURA BURIOCRATICO LEGALE |
| | | | | |
| Costi contabilizzati | Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013 | Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle) | Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo | Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013) DIRIGENTE CONTROLLO DI GESTIONE |

| | | | | | |
|--|---|--|---|---|---|
| | Liste di attesa | Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013 | Liste di attesa (obbligo di pubblicazione e a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle) | Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRIGENTE CONTROLLO DI GESTIONE |
| | Servizi in rete | Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16 | Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete | Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete. | Tempestivo DIRIGENTE S.I.C.I. |
| | Dati sui pagamenti | Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013 | Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle) | Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari | Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale) DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA |
| | Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale | Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 | Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle) | Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale | Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale) DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA |

| | | | | | |
|--|---|--|---|--|--|
| | | | | di riferimento e ai beneficiari | |
| Indicatore di tempestività dei pagamenti | Art. 33, d.lgs. n. 33/2013 | Indicatore di tempestività dei pagamenti | Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti) | <p>Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA</p> | |
| | | | Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti | <p>Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA</p> | |
| | | Ammontare complessivo dei debiti | Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici | <p>Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA</p> | |
| IBAN e pagamenti informatici | Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005 | IBAN e pagamenti informatici | Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente | <p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>DIRIGENTE AREA GESTIONE ECONOMICA FINANZIARIA</p> | |

| | | | | | |
|-----------------|---|--|--|--|---|
| | | | | postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento | |
| Opere pubbliche | Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici | Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999) | Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali) | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) non applicabile |
| | Atti di programmazione e delle opere pubbliche | Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016 | Atti di programmazione delle opere pubbliche | Atti di programmazione delle opere pubbliche (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonchè i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri) | Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) non applicabile |
| | Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche | Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate. | Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate | Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) non applicabile. |

| | | | | | |
|---|--|--|---|--|---|
| | | Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | (da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione) | Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate | Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) non applicabile. |
| Pianificazione e governo del territorio | | Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 | Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle) | Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti | Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) non applicabile |
| | | Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | | Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) non applicabile |

| | | | | | |
|-------------------------|--|----------------------------------|--|---|---|
| | | | | interesse | |
| Informazioni ambientali | | Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Informazioni ambientali | Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali: | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Non applicabile alle ASL |
| | | | Stato dell'ambiente | 1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Non applicabile alle ASL |
| | | | Fattori inquinanti | 2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Non applicabile alle ASL |
| | | | Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto | 3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Non applicabile alle ASL |

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|---|
| | | | | amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse | |
| | | | Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto | 4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Non applicabile alle ASL |
| | | | Relazioni sull'attuazione e della legislazione | 5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Non applicabile alle ASL |
| | | | Stato della salute e della sicurezza umana | 6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORE DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE |
| | | | Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio | Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Non applicabile alle ASL |

| | | | | | |
|---|--|--|---|---|---|
| Strutture sanitarie private accreditate | | Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013 | Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle) | Elenco delle strutture sanitarie private accreditate | <p>Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>DIRETTORE AREA GESTIONE PERSONALE</p> |
| | | | | Accordi intercorsi con le strutture private accreditate | <p>Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>DIRETTORE AREA GESTIONE PERSONALE</p> |
| Interventi straordinari e di emergenza | | Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 | Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle) | Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti | <p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>non applicabili alle ASL</p> |
| | | Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 | | Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari | <p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>DIRETTORE DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</p> |

| | | | | | |
|-----------------|------------------------------|--|--|---|--|
| | | Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 | | Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) DIRETTORE DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE |
| Altri contenuti | Prevenzione della Corruzione | Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 | Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) | Annuale RPCT |
| | | Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza | Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza | Tempestivo RPCT |
| | | | Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità | Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati) | Tempestivo RPCT |
| | | Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012 | Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza | Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno) | Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012) RPCT |

| | | | | | |
|-----------------|----------------|---|--|---|--|
| | | Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012 | Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento o a tali provvedimenti | Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione | Tempestivo |
| | | Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013 | Atti di accertamento delle violazioni | Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013 | Tempestivo |
| Altri contenuti | Accesso civico | Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90 | Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione e obbligatoria | Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale | Tempestivo RPCT |
| | | Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori | Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale | Tempestivo DIRIGENTE S.I.C.I. DIRETTORI UFFICI DETENTORI DEI DATI E DOCUMENTI |

| | | | | | |
|-----------------|---|---|---|--|---|
| | | Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016) | Registro degli accessi | Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione | Semestrale DIRIGENTE S.I.C.I. |
| Altri contenuti | Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati | Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16 | Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati | Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID | Tempestivo DIRIGENTE S.I.C.I. |
| | | Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005 | Regolamenti | Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria | Annuale DIRIGENTE S.I.C.I. |
| | | Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221 | Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.) | Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione | Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012) DIRIGENTE S.I.C.I. |

| | | | | | |
|-----------------|----------------|---|---|--|------|
| Altri contenuti | Dati ulteriori | Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012 | Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione e di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013) | Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate | RPCT |
| | | | | | |

* I dati oggetto di pubblicazione obbligatoria solo modificati dal dlgs 97/2016 è opportuno rimangano pubblicati sui siti (es. dati dei dirigenti già pubblicati ai sensi dell'art. 15 del previgente testo del dlgs 33/2013)

ACCESSO CIVICO

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

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

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

A fronte della rimodulazione della trasparenza on line obbligatoria, l'art. 6 del d.lgs.97/2016, nel novellare l'art. 5 del d.lgs. 33/2013, ha disciplinato anche un **nuovo accesso civico**, molto più ampio di quello previsto dalla precedente formulazione, riconoscendo a chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, l'accesso ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati, e salvi i casi di segreto o di divieto di divulgazione previsti dall'ordinamento.

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

MISURE ULTERIORI ALL'INTERNO DELLA MISURA "TRASPARENZA" DELLA ASL BRINDISI

Considerata la notevole innovatività della disciplina dell'accesso generalizzato, che si aggiunge alle altre tipologie di accesso, la ASL Brindisi rimanda ad un regolamento interno l'adozione di una disciplina che fornisca un quadro organico e coordinato dei profili applicativi relativi alle tre tipologie di accesso, con il fine di dare attuazione al nuovo principio di trasparenza introdotto dal legislatore e di evitare comportamenti disomogenei tra i vari uffici aziendali. Con il presente PTPC si stabiliscono comunque, i principi fondamentali a cui il regolamento aziendale si dovrà uniformare.

In particolare, la ASL di Brindisi, anche in un'ottica di semplificazione, prevede di istituire nel suo sito istituzionale :

1. una sezione dedicata alla disciplina dell'accesso documentale ex legge 241/1990;

2. una seconda sezione dedicata alla disciplina dell'ACCESSO CIVICO tout court, distinguendo al suo interno l'accesso civico "semplice", connesso agli obblighi di pubblicazione di cui al d.lgs. n. 33, da quello "generalizzato", con una unica modulistica che includa ambedue le tipologie di accesso.

Tale ultima sezione dovrebbe disciplinare gli aspetti procedurali interni per la gestione delle richieste di accesso generalizzato, in particolare:

a) indicare i soggetti competenti a decidere sulle richieste di accesso civico per la ASL Brindisi come segue: Ufficio Relazioni con il Pubblico o Ufficio Privacy o, indifferentemente, Uffici detentori dei dati o della documentazione e il RPCT.

Per l'istanza di accesso civico semplice (per dati sottoposti ad obbligo di pubblicazione ex d.lgs. 33/2013, e non pubblicati) è titolare in prima istanza il RPCT, anche se indirizzato ad altro ufficio dal richiedente;

b) provvedere a disciplinare la procedura per la valutazione caso per caso delle richieste di accesso stabilendo che una errata qualificazione del tipo di accesso (semplice o generalizzato), da parte del cittadino non legittima l'Amministrazione al rigetto della richiesta, (si rinvia all'apposito regolamento aziendale da adottare);

c) pubblicare il link del regolamento che verrà adottato;

d) pubblicare il link da cui scaricare la modulistica;

RESPONSABILITÀ DEL RPCT PER LA TRASPARENZA

L'art. 46 del d.lgs. n33/2013 prevede, in capo al Responsabile della Trasparenza, una responsabilità per la violazione degli obblighi di trasparenza, in particolare stabilendo che l'inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente sono "elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale", nonché "eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione" e sono comunque valutati ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla *performance* individuale dei responsabili.

La previsione di questa responsabilità rende necessaria la creazione di un collegamento tra l'adempimento normativamente richiesto e gli obiettivi individuati nell'incarico dirigenziale, che devono anche essere inseriti nel Piano delle *Performance* in modo che siano oggetto di adeguata valutazione della *performance* individuale.

È esclusa la responsabilità del Responsabile della trasparenza ove l'inadempimento degli obblighi summenzionati di cui al comma 1, dell'art. 46, sia "dipeso da causa a lui non imputabile".

ROTAZIONE DEL PERSONALE

La rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione

rappresenta una misura di importanza cruciale tra gli strumenti di prevenzione della corruzione.

Le principali aree di rischio, quelle obbligatorie individuate dal PNA 2015 con la determinazione n.12/2015, e corrispondono alle seguenti Aree aziendali:

Area Gestione del Personale;

Area Gestione tecnica;

Area gestione del Patrimonio;

Struttura Burocratico Legale;

Ufficio dei Procedimenti Disciplinari;

Uffici con titolarità dell'affidamento di lavori, servizi e forniture – contratti pubblici;

Servizi del Dipartimento di Prevenzione relativi ad attività di controllo e al rilascio di Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico oppure con effetto economico diretto ed immediato;

Area Gestione Economica e Finanziaria.

L'alternanza tra più professionisti nell'assunzione delle decisioni e nella gestione delle procedure, infatti, riduce il rischio che possano crearsi relazioni particolari tra amministrazioni ed utenti, che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività possa essere sottoposto a pressioni esterne o possano consolidarsi situazioni di privilegio e l'aspettativa a risposte illegali improntate a collusione.

Inoltre la rotazione rappresenta anche un criterio organizzativo che può contribuire alla formazione del personale, accrescendo le competenze e la preparazione professionale del dipendente e va utilizzata, pertanto, in un quadro di elevazione delle capacità professionali, senza determinare inefficienze e malfunzionamenti. Infatti, quando la sua applicazione presentasse difficoltà applicative sul piano organizzativo, va utilizzata in una logica di complementarietà con le altre misure di prevenzione.

Per le considerazioni di cui sopra, essa va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione e utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale.

Ove, pertanto, non sia possibile utilizzare la rotazione come misura di prevenzione contro la corruzione, le amministrazioni sono tenute a operare scelte organizzative, nonché ad adottare altre misure di natura preventiva che possono avere effetti analoghi, quali a titolo esemplificativo, la previsione da parte del dirigente di modalità operative che favoriscono una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza "interna" delle attività o ancora l'articolazione delle competenze, c.d. "segregazione delle funzioni".

I provvedimenti in materia di rotazione del personale devono ponderare le generali esigenze organizzative aziendali e quelle specifiche di struttura e tenere in conto le indicazioni della programmazione nazionale, regionale e aziendale, ivi compresi i piani di riforma del Servizio Sanitario Regionale.

La rotazione, già con la riforma Brunetta, d.lgs. 150/2009, è stata considerata come strumento

fondamentale di trasparenza e contrasto alla corruzione. Infatti, è stata inserita come una delle misure gestionali proprie dei dirigenti: l'articolo 16, comma 1, lett. I quater, del d.lgs. 165/2001 prevede che dirigenti, con provvedimento motivato, facciano ruotare il personale coinvolto in procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

Esistono specifiche previsioni di legge in caso di **notizia formale di avvio di procedimento penale** a carico di un dipendente e/o in caso di **avvio di procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva**, ferma restando la possibilità di adottare la sospensione del rapporto, l'amministrazione:

- per il personale dirigenziale procede con atto motivato alla revoca dell'incarico in essere ed il passaggio ad altro incarico ai sensi del combinato disposto dell'art. 16, comma 1, lett. I quater, e dell'art. 55 ter, comma 1, del d.lgs. n. 165 del 2001;

- per il personale non dirigenziale procede all'assegnazione ad altro servizio ai sensi del citato art. 16, comma 1, lett. I quater".

La legge n. 190/2012 considera la rotazione in più occasioni:

- art. 1, comma 4, lett. e): il D.F.P. deve definire criteri generali per assicurare la rotazione dei dirigenti nei settori particolarmente esposti alla corruzione, (oggi le linee guida sono emanate dall'ANAC);
- art. 1, comma 5, lett. b): le pubbliche amministrazioni centrali definiscono e trasmettono al D.F.P. procedure appropriate per selezionare e formare, in collaborazione con la Scuola Nazionale dell'Amministrazione, i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo, negli stessi settori, la rotazione di dirigenti e funzionari;
- art. 1, comma 10, lett. b): il Responsabile della Prevenzione della Corruzione procede alla verifica, d'intesa con il dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione.

Anche il D.P.R. n. 62/2013 art. 13 c.6 prevede il criterio della rotazione nell'affidamento degli incarichi da parte del dirigente.

Da ultimo, il Piano Nazionale Anticorruzione 2016, adottato dall'ANAC con Delibera n. 831 del 3.08.2016, avente ad oggetto "**Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016**" nella Parte Generale al p. 7.2 e nella Parte Speciale Capo VII Sanità fornisce indicazioni generali di tipo organizzativo e di pianificazione strategica.

Occorre evidenziare che l'importanza del principio di rotazione è stata ribadita anche dal Presidente ANAC che, intervenendo sul caso posto da un'Azienda sanitaria della Lombardia, con Atto del 21 ottobre 2021 ha emanato apposita raccomandazione, ribadendo che il principio della rotazione "deve essere un obiettivo effettivo, documentabile e verificabile" delle aziende sanitarie, nonostante le possibili difficoltà avanzate in considerazione della complessa struttura organizzativa e della presenza in organico di profili professionali specifici ma, secondo Anac, è necessaria nelle Asl una graduale programmazione della misura di rotazione del personale nei tempi e nelle modalità che rendano praticabile tale misura all'interno dell'organizzazione sanitaria

La ASL Brindisi prevede la rotazione dei dirigenti e dei funzionari addetti alle aree a più elevato rischio di corruzione, come risultanti dal PTPC, adottando adeguati criteri generali ed oggettivi per realizzare la rotazione del **personale dirigenziale** e del personale non dirigenziale ma con funzioni di responsabilità, titolare di posizione organizzativa o responsabili di procedimento ai sensi dell'art.5, comma 1, della L.n.241/1990, addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione, quelle obbligatorie risultanti dalla Determinazione ANAC n.12/2015 e quelle individuate con il PTPC.

A tal fine, l'Azienda, previo confronto con le rappresentanze sindacali, adotterà un regolamento ad hoc rispondente alle linee guida emanate dall'ANAC e recepite dall'Azienda con il PTPC.

Fermi restando i casi di revoca dell'incarico disciplinati dalla legge e le ipotesi di applicazione di misure cautelari, la rotazione può avvenire solo al termine dell'incarico, la cui durata deve essere comunque contenuta.

L'attuazione della misura deve avvenire in modo da tener conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni e in modo da salvaguardare la continuità della gestione amministrativa.

In tale prospettiva, l'Azienda curerà la formazione del personale, prediligendo l'affiancamento e l'utilizzo di professionalità interne. L'Azienda adeguerà il proprio ordinamento alle previsioni di cui all'art. 16, comma 1, lett. l quater), del D. Lgs. n. 165/2001, in modo da assicurare la prevenzione della corruzione mediante la tutela anticipata.

Per il personale dirigenziale, la rotazione integra, altresì, i criteri di conferimento degli incarichi dirigenziali ed è attuata alla scadenza dell'incarico, fatti salvi i casi previsti dall'art.16, comma 1, lett. l quater), del D. Lgs. n. 165/2001.

L'introduzione della misura è accompagnata da strumenti ed accorgimenti per assicurare continuità all'azione amministrativa.

In sanità l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali.

Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di *expertise* consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità.

I settori Tecnico, Amministrativo e Professionale, richiedono anch'essi, in molti casi, competenze specifiche con figure in grado di ricoprire ruoli specifici (ad es., ingegneria clinica, fisica sanitaria, Avvocati, informatici, ecc.) che spesso risultano essere in numero molto limitato all'interno di un'azienda.

Anche per quanto attiene il personale dirigenziale, la rotazione dei responsabili dei settori più esposti al rischio di corruzione presenta delle criticità particolari. I dirigenti, infatti, per il tipo di poteri che esercitano e per il fatto di costituire un riferimento per il personale dipendente, sono le figure la cui funzione e azione - ove abusata - può provocare danni consistenti. Si tratta quindi di figure che dovrebbero essere maggiormente soggette a ruotare.

Al fine di contemperare l'esigenza della rotazione degli incarichi con quella del mantenimento dei livelli di competenze in un quadro generale di accrescimento delle capacità complessive dell'amministrazione sanitaria, per mettere in atto questa misura occorre preliminarmente individuare le ipotesi in cui è possibile procedere alla rotazione degli incarichi attraverso la puntuale mappatura degli incarichi/funzioni apicali più sensibili (ad esempio quelli relativi a posizioni di governo delle risorse come acquisti, rapporti con il privato accreditato, convenzioni/autorizzazioni, assunzione del personale ecc.), a partire dall'individuazione delle funzioni fungibili e utilizzando tutti gli strumenti disponibili in tema di gestione del personale ed allocazione delle risorse.

Le aziende sanitarie dovranno porre in essere le condizioni per reperire più professionalità in grado, di volta in volta, di sostituire quelle in atto incaricate, mediante un processo di pianificazione della rotazione e di una sua graduazione in funzione dei diversi gradi di responsabilità e di accompagnamento attraverso la costruzione di competenze.

Presupposto necessario per affrontare questo processo è la ricognizione della geografia organizzativa delle aziende sanitarie, anche con specifico riferimento ai funzionigramma relativi alle aree da sottoporre a rotazione, in modo da contemperare la concreta efficacia della misura di prevenzione

con le esigenze funzionali e organizzative dell'azienda sanitaria, anche in relazione alla necessità di avvalersi, per taluni settori, di professionalità specialistiche.

Esistono, tuttavia, diversi aspetti da considerare a seconda che si tratti di personale di area clinica, tecnica e amministrativa e delle altre professioni sanitarie.

Il **personale medico** è tutto inquadrato nel ruolo dirigenziale. Le posizioni di maggiore interesse potrebbero essere quelle relative alla direzione di unità operative complesse (di seguito UOC), a valenza dipartimentale (di seguito UOSD) e Dipartimenti. A parte alcune eccezioni (che dovrebbero ridursi in misura rilevante con l'applicazione del decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n.70 «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera») le posizioni apicali di Direttore di UOC, le cui funzioni cliniche prevalgono su quelle gestionali, sono assegnate per concorso e sono generalmente infungibili all'interno di una azienda sanitaria.

Le posizioni di Direttore di Dipartimento (funzioni prevalentemente gestionali) devono essere conferite ad un Dirigente di UOC tra quelli afferenti al dipartimento, pertanto è possibile ritenere che tutti i dirigenti di quel dipartimento siano potenzialmente suscettibili di ricoprire a rotazione l'incarico.

Nell'ambito delle ASL, i Direttori di Distretto e i Direttori medici di Presidio, nel caso di più presidi, svolgendo funzioni prevalentemente gestionali e meno clinico-assistenziali, possono essere assoggettabili al processo di rotazione.

La stessa cosa potrebbe avvenire per i primari di UOC con funzioni analoghe collocate nella rete di presidi ospedalieri della ASL.

Per il personale di **area tecnica, professionale ed amministrativa** non esiste una specificità di profilo per ricoprire un incarico apicale, come nel caso dei clinici; tuttavia è fondamentale non perdere una specificità di competenza che deriva dalla formazione e dall'esperienza.

Le aziende sanitarie devono realizzare le condizioni per la fungibilità attraverso processi di pianificazione e di qualificazione professionale.

Una rotazione effettuata in assenza dei presupposti pianificatori ed organizzativi, potrebbe determinare che i dirigenti che non hanno ancora maturato le competenze e l'esperienza diventino eccessivamente dipendenti dall'esperienza consolidata in capo a funzionari esperti.

In caso di competenze infungibili, si potrebbe optare per la c.d. "segregazione di funzioni", attuabile nei processi decisionali composti da più fasi e livelli (ad esempio nel ciclo degli acquisti, distinguendo le funzioni di programmazione e quella di esecuzione dei contratti).

Nei casi di processi decisionali brevi, come, ad esempio, quelli relativi ad attività ispettive, incarichi legali, incarichi all'interno di commissioni di selezione ecc., si ritengono applicabili misure di rotazione da attuarsi anche all'interno di albi opportunamente istituiti, così come già posto in essere da l'ASL BR.

Per altre **professioni sanitarie**, come ad esempio i farmacisti e le professioni infermieristiche con funzioni di responsabilità e di coordinamento, il cui ruolo è strategico all'interno dell'organizzazione in quanto a gestione di risorse, costituendo gli stessi un anello determinante nella catena del processo decisionale (relativo ad esempio all'introduzione di farmaci e di dispositivi medici nella pratica clinica ed assistenziale), l'applicazione del principio della rotazione si rivela opportuno e presenta margini di possibile applicazione.

In questo importante ambito professionale, infatti, la maturazione di *expertise* per settori specifici, se da un lato può richiedere un periodo di tempo necessario per l'acquisizione della piena autonomia nell'esercizio della funzione, per altro verso, il meccanismo della rotazione, attuato attraverso gli adeguati strumenti di pianificazione e di graduazione delle competenze in proporzione ai livelli di responsabilità attribuiti, come ad esempio la previsione di periodi di affiancamento e di

formazione specialistica per settore, consente di valorizzare il capitale professionale disponibile anche ai fini della valutazione delle performance individuali e dell'intera organizzazione.

Le condizioni in cui è possibile realizzare la rotazione sono strettamente connesse a **vincoli di natura soggettiva** attinenti al rapporto di lavoro e a **vincoli di natura oggettiva**, connessi all'assetto organizzativo dell'amministrazione.

Le amministrazioni sono tenute ad adottare misure di rotazione compatibili con eventuali diritti individuali dei dipendenti interessati soprattutto laddove le misure si riflettono sulla sede di servizio del dipendente. Si fa riferimento a titolo esemplificativo ai diritti sindacali, alla legge 5 febbraio 1992 n. 104 (tra gli altri il permesso di assistere un familiare con disabilità) e al d.lgs. 26 marzo 2001, n. 151 (congedo parentale).

Con riferimento all'applicabilità della misura della rotazione, se attuata tra sedi di lavoro differenti, nei confronti del personale dipendente che riveste il ruolo di dirigente sindacale, si ritiene necessaria, in conformità con recenti orientamenti giurisprudenziali, una preventiva informativa da indirizzarsi all'Organizzazione sindacale con lo scopo di consentire a quest'ultima di formulare in tempi brevi osservazioni e proposte in ragione dei singoli casi.

La rotazione va correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico.

Si tratta di esigenze già evidenziate dall'ANAC nella propria delibera n. 13 del 4 febbraio 2015, per l'attuazione dell'art. 1, co. 60 e 61, della l. 190/2012, ove si esclude che la rotazione possa implicare il conferimento di incarichi a soggetti privi delle competenze necessarie per assicurare la continuità dell'azione amministrativa.

Tra i condizionamenti all'applicazione della rotazione vi può essere quello della cosiddetta infungibilità derivante dall'appartenenza a categorie o professionalità specifiche, anche tenuto conto di ordinamenti peculiari di settore o di particolari requisiti di reclutamento.

Occorre tenere presente, inoltre, che sussistono alcune **ipotesi in cui è la stessa legge** che stabilisce espressamente **la specifica qualifica professionale** che devono possedere alcuni soggetti che lavorano in determinati uffici, qualifica direttamente correlata alle funzioni attribuite a detti uffici; ciò avviene di norma nei casi in cui lo svolgimento di una prestazione è direttamente correlato al possesso di un'abilitazione professionale e all'iscrizione nel relativo albo.

Nel caso in cui si tratti di categorie professionali omogenee non si può invocare il concetto di infungibilità. Rimane sempre rilevante, anche ai fini della rotazione, la valutazione delle attitudini e delle capacità professionali del singolo.

Proprio per prevenire situazioni come questa, in cui la rotazione sembrerebbe esclusa da circostanze dovute esclusivamente alla elevata preparazione di determinati dipendenti, le amministrazioni dovrebbero programmare adeguate attività di affiancamento propedeutiche alla rotazione.

Le unità operative interessate alla presente Pianificazione (di seguito indicate come strutture a rischio corruzione) sono quelle individuate dal Piano Nazionale Anticorruzione e di volta in volta nel PTPC aziendale.

La rotazione deve coinvolgere sia il personale destinatario di incarichi dirigenziali, sia quello non dirigenziale ma assegnatario della responsabilità dell'istruttoria dei procedimenti amministrativi, ai sensi dell'articolo 5, comma 1, della L. n. 241/1990.

La presente pianificazione definisce le procedure di rotazione del personale addetto alle aree ed ai settori a rischio individuate nella delibera citata secondo lo schema riportato nell'allegato A e si applica nei confronti del:

- a) personale in servizio sia a tempo determinato che indeterminato e sia dirigente che del comparto;
- b) personale di altro tipo (convenzionato, specialisti ambulatoriali, o altro) addetto alle aree a rischio, per il quale spetterà al Direttore della macrostruttura (Dipartimento, Distretto, Presidio Ospedaliero o Area amministrativa), interessata alla gestione dello stesso, provvedere alla rotazione ove possibile.

Per l'applicazione del principio di rotazione sono adottati i seguenti schemi:

- rotazione per ambito territoriale, che prevede l'assegnazione del dipendente ad un diverso ambito territoriale;
- rotazione per ambito di competenza, che prevede l'assegnazione del dipendente ad altre competenze nella medesima struttura;
- rotazione per competenza e territorio: che prevede l'assegnazione del dipendente ad altre competenze e in altra struttura.

La scelta dell'applicazione di uno dei predetti criteri di rotazione deve essere operata in base alle esigenze organizzative del Dipartimento/Area amministrativa interessata, avendo riguardo al tipo di rischio connesso all'attività.

Nel caso in cui la rotazione implichi l'assegnazione ad un diverso ambito territoriale, il soggetto che la dispone sceglierà, se possibile, la sede più vicina a quella di provenienza per minimizzare il disagio del dipendente al trasferimento. Per l'assegnazione ad un diverso ambito territoriale, di cui alla presente pianificazione, disposta ai fini della prevenzione della corruzione, va rispettato quanto introdotto dall'art.4 del D.L. n.90 del 24 giugno 2014 convertito con modificazioni dalla L. n. 114 del 1 agosto 2014.

Di norma nello stesso anno non può ruotare più di un terzo del personale delle strutture interessate e ciò per garantire comunque la presenza di personale in possesso della necessaria professionalità per lo svolgimento delle attività proprie di ciascun ufficio o servizio a rischio di corruzione, allo scopo di assicurarne la continuità.

Il Direttore del Dipartimento/Area amministrativa interessata programma e attua il coinvolgimento del personale in percorsi di formazione e aggiornamento continuo, anche mediante sessioni formative in house, ossia con l'utilizzo di docenti interni all'amministrazione, con l'obiettivo di creare competenze di carattere trasversale e professionalità che possano essere utilizzate in una pluralità di settori.

L'applicazione della misura della rotazione va valutata anche se l'effetto indiretto della rotazione comporta un temporaneo rallentamento dell'attività ordinaria dovuto al tempo necessario per acquisire la diversa professionalità.

La durata degli incarichi conferiti ai dirigenti addetti alle aree a rischio deve essere fissata al limite minimo legale fermo restando il limite invalicabile di età previsto dalla normativa vigente.

Il Direttore U.O. Gestione Risorse umane provvede entro il 15 Novembre di ciascun anno, a trasmettere a ciascun Direttore di Dipartimento/Area amministrativa comprendente unità operative a rischio di corruzione l'elenco dei dirigenti in servizio presso la medesima U.O. con le date di scadenza dei relativi incarichi.

Il Direttore di Dipartimento/Area amministrativa interessata provvede, entro il 15 Dicembre di ciascun anno, a stilare il "Piano annuale di rotazione dei dirigenti" per l'anno successivo, da proporre alla Direzione Aziendale, secondo i seguenti criteri:

- sono esclusi dalla rotazione i Direttori Area Medica e Veterinaria e Area Sanitaria con incarico di unità operativa complessa per i quali l'art. 29 del CCNL 08/06/2000 prevede che "Gli incarichi di direzione di struttura complessa sono conferiti con le procedure previste dal DPR 484/1997" con la considerazione, inoltre, che l'eventuale mobilità interna implica la perdita dell'incarico;
- la rotazione non si applica per le figure infungibili. Sono infungibili le figure professionali per le quali sono richieste competenze ed esperienze specifiche e/o è richiesto il possesso di lauree specialistiche non presenti per altre figure dirigenziali;
- deve essere prevista la rotazione, o misure alternative alla rotazione, per tutti gli altri dirigenti il cui incarico scade nel corso dell'anno di riferimento e risultano in servizio presso le strutture di cui al precedente art.2;
- per ciascuno dei suddetti dirigenti, ove sia possibile attuare la rotazione, il Direttore del Dipartimento/Area amministrativa dovrà indicare:

1. la proposta del nuovo incarico da conferire (in relazione alle attitudini e delle capacità professionali dello stesso, dei risultati conseguiti in precedenza, delle specifiche competenze organizzative possedute e dei comportamenti attuati) che dovrà essere di analoga tipologia (UOC con UOC, UOS con UOS ecc.) fermo restando che a seguito di valutazione negativa alla fine dell'incarico in atto la proposta dovrà essere rivista;

2. i tempi di rotazione , in particolare se il nuovo incarico non può essere affidato alla scadenza di quello in atto, che dovranno prevedere una proroga di quest'ultimo per il tempo strettamente necessario ad attuare la rotazione;

3. i percorsi, e i tempi di formazione da attivare prima della rotazione;

4. eventuale individuazione di ulteriori strumenti ed accorgimenti che assicurino continuità all'azione amministrativa.

Ove non sia possibile attuare la rotazione, il Direttore del Dipartimento/Area amministrativa dovrà indicare le motivazioni di impossibilità ad attuare la rotazione e le misure alternative da applicare.

Il suddetto "Piano annuale di rotazione dei dirigenti" va trasmesso dal Direttore del Dipartimento/Area amministrativa interessata anche al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e al Direttore U.O. Gestione Risorse umane per conoscenza ed eventuali valutazioni che riterranno opportuno esprimere.

Eventuali motivate modifiche e integrazioni al "Piano annuale di rotazione dei dirigenti" possono essere apportate dal Direttore del Dipartimento/Area amministrativa nel corso dell'anno di riferimento.

Il Direttore Generale, con atto motivato, provvedere al conferimento dei nuovi incarichi

OBBLIGO DI ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSE

Ai sensi dell'art. 1, comma 41, della L. n. 190/2012 che ha introdotto l'art. 6 bis nella L. n. 241/90, rubricato "Conflitto di interessi", il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale.

La norma persegue una finalità di prevenzione che si realizza mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione (sia essa endoprocedimentale o meno) del titolare dell'interesse, che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse di cui sono portatori il destinatario del provvedimento, gli altri interessati e controinteressati. I dipendenti dell'Azienda Sanitaria Locale BR sono, pertanto, tenuti a prestare massima attenzione alle suindicate situazioni di conflitto di interesse che la legge ha valorizzato con l'inserimento di una nuova e specifica disposizione, di valenza prevalentemente deontologico/disciplinare, nell'ambito della legge sul procedimento amministrativo.

A tal fine:

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

Inoltre, ai sensi dell'art. 7 del Codice di comportamento generale, che pone una norma da leggersi in maniera coordinata con la disposizione precedente, il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui egli sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza.

Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza.

Il suindicato art. 7 del Codice di comportamento generale contiene una tipizzazione delle relazioni personali o professionali sintomatiche del possibile conflitto di interesse, nonché una clausola di carattere generale in riferimento a tutte le ipotesi in cui si manifestino "gravi ragioni di convenienza".

La segnalazione del conflitto deve essere indirizzata al dirigente responsabile dell'ufficio di appartenenza, il quale, esaminate le circostanze, valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo.

Il dirigente destinatario della segnalazione deve valutare espressamente la situazione sottoposta alla sua attenzione e deve rispondere, per iscritto, al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico, oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di

quel dipendente.

Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico esso dovrà essere affidato dal dirigente ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il dirigente dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento.

Qualora il conflitto riguardi un dirigente apicale a valutare le iniziative da assumere sarà il Responsabile per la prevenzione della corruzione.

La violazione sostanziale della norma, che si realizza con il compimento di un atto illegittimo, dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente suscettibile di essere sanzionata con l'irrogazione di sanzioni all'esito del relativo procedimento, oltre a poter costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso, quale sintomo di eccesso di potere sotto il profilo dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa.

L'Azienda intraprende adeguate iniziative per dare conoscenza al personale dell'obbligo di astensione, delle conseguenze scaturenti dalla sua violazione e dei comportamenti da seguire in caso di conflitto di interesse. L'attività informativa è prevista nell'ambito delle iniziative di formazione contemplate nel PTPC e nel P.T.F.

SVOLGIMENTO DI INCARICHI D'UFFICIO – ATTIVITA' ED INCARICHI EXTRA – ISTITUZIONALI

Il cumulo in capo ad un medesimo dirigente o funzionario di incarichi conferiti dall'Azienda può comportare il rischio di un'eccessiva concentrazione di potere su un unico centro decisionale. La concentrazione del potere decisionale aumenta il rischio che l'attività amministrativa possa essere indirizzata verso fini privati o impropri determinati dalla volontà del dirigente stesso. Inoltre, lo svolgimento di incarichi, soprattutto se extra-istituzionali, da parte del dirigente o del funzionario può realizzare situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa, ponendosi altresì come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi.

Per questi motivi, la L. n. 190/2012 è intervenuta a modificare anche il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'art. 53 del D. Lgs. 165/2001, in particolare prevedendo che:

degli appositi regolamenti – adottati su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione, di concerto con i Ministri interessati, ai sensi dell'art. 17, comma 2, della l. n. 400 del 1988 – debbono individuare, secondo criteri differenziati in rapporto alle diverse qualifiche e ruoli professionali, gli incarichi vietati ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2, del d.lgs. n. 165 del 2001;

- le amministrazioni debbono adottare dei criteri generali per disciplinare i criteri di conferimento e i criteri di autorizzazione degli incarichi extra-istituzionali; infatti, l'art. 53, comma 5, del D. Lgs. n. 165/2001, come modificato dalla L. n. 190/ 2012, prevede che *“In ogni caso, il conferimento operato direttamente dall'amministrazione, nonché l'autorizzazione all'esercizio di incarichi che provengano da amministrazione pubblica diversa da quella di appartenenza, ovvero da società o persone fisiche, che svolgono attività d'impresa o commerciale, sono disposti dai rispettivi organi competenti secondo criteri oggettivi e predeterminati, che tengano conto della specifica professionalità, tali da escludere casi di*

incompatibilità, sia di diritto che di fatto, nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione o situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente".

- in sede di autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali, secondo quanto previsto dall'art. 53, comma 7, del D. Lgs. n. 165/2001, le amministrazioni debbono valutare tutti i profili di conflitto di interesse, anche quelli potenziali; l'istruttoria circa il rilascio dell'autorizzazione va condotta in maniera molto accurata, tenendo presente che talvolta lo svolgimento di incarichi extra-istituzionali costituisce per il dipendente un'opportunità, in special modo se dirigente, di arricchimento professionale utile a determinare una positiva ricaduta nell'attività istituzionale ordinaria; ne consegue che, al di là della formazione di una black list di attività precluse la possibilità di svolgere incarichi va attentamente valutata anche in ragione dei criteri di crescita professionale, culturale e scientifica nonché di valorizzazione di un'opportunità personale che potrebbe avere ricadute positive sullo svolgimento delle funzioni istituzionali ordinarie da parte del dipendente;
- il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti (comma 12); in questi casi, l'amministrazione – pur non essendo necessario il rilascio di una formale autorizzazione - deve comunque valutare tempestivamente (entro 5 giorni dal ricevimento della comunicazione, salvo motivate esigenze istruttorie) l'eventuale sussistenza di situazioni di conflitto di interesse anche potenziale e, se del caso, comunicare al dipendente il diniego allo svolgimento dell'incarico; gli incarichi a titolo gratuito da comunicare all'amministrazione sono solo quelli che il dipendente è chiamato a svolgere in considerazione della professionalità che lo caratterizza all'interno dell'amministrazione di appartenenza (quindi – a mero titolo esemplificativo – non deve essere oggetto di comunicazione all'amministrazione lo svolgimento di un incarico gratuito di docenza in una scuola di nuoto, poiché tale attività è svolta a tempo libero e non è connessa in nessun modo con la professionalità che caratterizza il dipendente all'interno dell'amministrazione di appartenenza); continua comunque a rimanere estraneo al regime delle autorizzazioni e comunicazioni l'espletamento degli incarichi espressamente menzionati nelle lettere da a) ad f-bis) del comma 6 dell'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001, per i quali il legislatore ha compiuto a priori una valutazione di non incompatibilità; essi, pertanto, non debbono essere autorizzati né comunicati all'amministrazione;
- il regime delle comunicazioni al D.F.P. avente ad oggetto gli incarichi si estende anche agli incarichi gratuiti, con le precisazioni sopra indicate; secondo quanto previsto dal comma 12 del predetto art. 53, gli incarichi autorizzati e quelli conferiti, anche a titolo gratuito, dalle pubbliche amministrazioni debbono essere comunicati al D.F.P. in via telematica entro 15 giorni; per le modalità di comunicazione dei dati sono fornite apposite indicazioni sul sito www.perlapa.gov.it nella sezione relativa all'anagrafe delle prestazioni;
- è disciplinata esplicitamente un'ipotesi di responsabilità erariale per il caso di omesso versamento del compenso da parte del dipendente pubblico indebito percettore, con espressa indicazione della competenza giurisdizionale della Corte dei Conti.

Alle suindicate nuove previsioni della legge n. 190/2012 – che sono intervenute a modificare il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'art. 53 del D.

Lgs. n. 165/2001 – si aggiungono le prescrizioni contenute nella normativa già vigente, tra cui, in particolare, la disposizione contenuta nel comma 58 bis dell'art. 1 della L. 662/1996, che stabilisce che: *“Ferma restando la valutazione in concreto dei singoli casi di conflitto di interesse, le amministrazioni provvedono, con decreto del Ministro competente, di concerto con il Ministro per la funzione pubblica, ad indicare le attività che in ragione della interferenza con i compiti istituzionali, sono comunque non consentite ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo parziale con prestazione lavorativa non superiore al 50 per cento di quella a tempo pieno”*.

Per quel che concerne l'Azienda Sanitaria Locale BR trova, in proposito, applicazione la norma della L. n. 190/2012 che stabilisce che – attraverso intese in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8, comma I, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 – si definiscono gli adempimenti, con l'indicazione dei relativi termini, volti alla piena e sollecita attuazione delle disposizioni della stessa legge, con particolare riguardo all'adozione, da parte di ciascuna amministrazione, di norme regolamentari relative all'individuazione degli incarichi vietati ai dipendenti pubblici di cui all'articolo 53, comma 3-bis, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, introdotto dall'art. 1 comma 42, lettera a) della legge n. 190/2012, ferma restando la disposizione del comma 4 dello stesso articolo 53.

In materia, l'intesa sancita in data 24 luglio 2013 tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l'attuazione dell'art. 1, commi 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n. 190, (provvedimento di Repertorio atti n. 79/CU in data 24 luglio 2013) ha previsto che al “fine di supportare gli enti in questa attività, è costituito un tavolo tecnico presso il Dipartimento della funzione pubblica con i rappresentanti delle regioni e degli enti locali con l'obiettivo di analizzare le criticità e stabilire dei criteri che possono costituire un punto di riferimento per le regioni e gli enti locali. Gli enti sono tenuti ad adottare i previsti regolamenti entro 90 giorni dalla conclusione dei lavori, i cui risultati saranno adeguatamente pubblicizzati, e comunque non oltre 180 giorni dalla data di adozione della presente Intesa.”

Il presente PTPC recepisce dinamicamente la regolamentazione aziendale dinanzi richiamata.

CONFERIMENTO DI INCARICHI DIRIGENZIALI IN CASO DI PARTICOLARI ATTIVITA' O INCARICHI PRECEDENTI – (REVOLVING DOORS)

Il D.Lgs. n.39/2013, recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, ha disciplinato:

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

L'obiettivo del complesso intervento normativo è tutto in una ottica di prevenzione. Infatti, la legge ha valutato ex ante e in via generale che:

- lo svolgimento di certe attività/funzioni può agevolare la preconstituzione di situazioni favorevoli per essere successivamente destinatari di incarichi dirigenziali e assimilati e, quindi, può

comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire il vantaggio in maniera illecita;

- il contemporaneo svolgimento di alcune attività di regola inquina l'azione imparziale della pubblica amministrazione costituendo un humus favorevole ad illeciti scambi di favori;
- in caso di condanna penale, anche se ancora non definitiva, la pericolosità del soggetto consiglia in via precauzionale di evitare l'affidamento di incarichi dirigenziali che comportano responsabilità su aree a rischio di corruzione.

In particolare, i Capi III e IV del decreto regolano le ipotesi di inconferibilità degli incarichi ivi contemplati in riferimento a due diverse situazioni:

- incarichi a soggetti provenienti da enti di diritto privato regolati o finanziati dalle pubbliche amministrazioni;
- incarichi a soggetti che sono stati componenti di organi di indirizzo politico

Gli atti ed i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni sono nulli ai sensi dell'art. 17 del D. Lgs. n. 39/2013. A carico dei componenti di organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli sono applicate le specifiche sanzioni previste dall'art. 18 del D. Lgs. n. 39/2013.

La situazione di inconferibilità non può essere sanata. Per il caso in cui le cause di inconferibilità, sebbene esistenti *ab origine*, non fossero note all'amministrazione e si appalesassero nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione della corruzione è tenuto ad effettuare la contestazione all'interessato, il quale, previo contraddittorio, deve essere rimosso dall'incarico.

Alla predetta normativa si aggiunge quanto previsto dalla Determinazione n. 833 del 3 agosto 2016 ANAC che traccia e definisce le Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.AC. in caso di incarichi inconferibili e incompatibili.

L'Azienda Sanitaria Locale BR verifica la sussistenza di eventuali condizioni ostative in capo ai dipendenti e/o soggetti cui l'organo di indirizzo politico intende conferire incarico all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dai Capi III e IV del D. Lgs. n. 39/2013. Le condizioni ostative sono quelle previste nei suddetti Capi, salva la valutazione di ulteriori situazioni di conflitto di interesse o cause impeditive. L'accertamento avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000: dichiarazione sostitutiva che deve essere pubblicata sul sito dell'Azienda (art. 20 D. Lgs. n. 39/2013), a cura del Responsabile del Servizio Informazione e Comunicazione Istituzionale (S.I.C.I.). Se all'esito della verifica risulta la sussistenza di una o più condizioni ostative, l'Azienda si astiene dal conferire l'incarico e provvede a conferire l'incarico nei confronti di altro soggetto. In caso di violazione delle previsioni di inconferibilità, secondo l'art. 17 D. Lgs. n. 39/2013, l'incarico è nullo e si applicano le sanzioni di cui all'art. 18 del medesimo decreto.

A tal fine, il Direttore dell'Area gestione del Personale è tenuto ad assicurare che:

- negli interpelli per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento;
- i soggetti interessati rendano la dichiarazione di insussistenza delle cause di inconferibilità all'atto del conferimento dell'incarico.

INCOMPATIBILITA' SPECIFICHE PER POSIZIONI DIRIGENZIALI

Ai sensi del D. Lgs. n. 39/2013, per *"incompatibilità"* si intende *"l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico"*.

Le situazioni di incompatibilità sono previste nei Capi V e VI del D. Lgs. n. 39/2013.

A differenza che nel caso di inconferibilità, la causa di incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra di loro.

Se si riscontra nel corso del rapporto una situazione di incompatibilità, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione effettua una contestazione all'interessato e la causa deve essere rimossa entro 15 giorni; in caso contrario, la legge prevede la decadenza dall'incarico e la risoluzione del contratto di lavoro autonomo o subordinato (art. 19 D. Lgs. n. 39/2013).

L'Azienda verifica la sussistenza di eventuali situazioni di incompatibilità nei confronti dei titolari di incarichi previsti nei Capi V e VI del D. Lgs. n. 39/2013 per le situazioni contemplate nei medesimi Capi. Il controllo deve essere effettuato:

- all'atto del conferimento dell'incarico;
- annualmente e su richiesta nel corso del rapporto.

Se la situazione di incompatibilità emerge al momento del conferimento dell'incarico, la stessa deve essere rimossa prima del conferimento. Se la situazione di incompatibilità emerge nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione contesta la circostanza all'interessato ai sensi degli artt. 15 e 19 del D. Lgs. n. 39/2013 e vigila affinché siano prese le misure conseguenti.

A tale fine, il Direttore dell'Area Gestione del Personale è tenuto ad assicurare che:

- negli interpelli per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le cause di incompatibilità;
- i soggetti interessati rendano la dichiarazione di insussistenza delle cause di incompatibilità all'atto del conferimento dell'incarico e nel corso del rapporto (con cadenza annuale, fissata nel mese gennaio di ogni anno).

In base alla Intesa sancita in data 24 luglio 2013 tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l'attuazione

dell'art. 1, commi 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n. 190 (provvedimento di Repertorio atti n. 79/CU in data 24 luglio 2013), le situazioni di incompatibilità (d. lgs. n. 39 del 2013) sono contestate dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione dell'ente che ha conferito l'incarico dirigenziale. In linea con quanto previsto dall'art. 1, comma 1, e dall'art. 19, comma 2, del d.lgs. n. 39/2013, il collocamento in aspettativa o fuori ruolo del dipendente, ove previsti dalla normativa, consente di superare l'incompatibilità. In riferimento all'art. 20, comma 2, del d.lgs. n. 39/2013, i soggetti interessati sono tenuti a rendere la dichiarazione sull'insussistenza delle cause di incompatibilità annualmente nel termine stabilito da ciascun ente (che viene fissato da questa Azienda nel mese di gennaio di ogni anno). La dichiarazione deve altresì essere resa tempestivamente all'insorgere della causa di incompatibilità, al fine di consentire l'adozione delle conseguenti iniziative da parte dell'Azienda. In riferimento al medesimo articolo nel comma 2 la locuzione di incarico professionale non si riferisce alle tipologie contrattuali proprie della medicina convenzionata.

La dichiarazione sostitutiva sull'insussistenza di cause di incompatibilità, resa dai soggetti interessati, deve essere pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda (art. 20 D. Lgs. n. 39/2013), a cura del Responsabile del Servizio Informazioni e Comunicazione Istituzionale (S.I.C.I.).

ATTIVITA' SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (PANTOUFLAGE)

La L. n. 190/2012 ha introdotto un nuovo comma nell'ambito dell'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001 volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro. Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa artatamente preconstituirsì delle situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. La norma prevede quindi una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la "convenienza" di accordi fraudolenti.

L'art. 53 co.16 ter del D.Lgs. 165/2001 stabilisce che: "I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti".

L'ambito della norma è riferito a quei dipendenti che **nel corso degli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'amministrazione** con riferimento allo svolgimento di attività presso i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi.

I "dipendenti" interessati sono coloro che per il ruolo e la posizione ricoperti nell'amministrazione hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi,

coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabile del procedimento nel caso previsto dall'art. 125, commi 8 e 11, del d.lgs. n. 163/2006).

I predetti soggetti nel triennio successivo alla cessazione del rapporto con l'amministrazione, qualunque sia la causa di cessazione (e quindi anche in caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione), non possono avere alcun rapporto di lavoro autonomo o subordinato con i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi.

La norma prevede delle sanzioni per il caso di violazione del divieto, che consistono in sanzioni sull'atto e sanzioni sui soggetti:

- sanzioni sull'atto: i contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli;
- sanzioni sui soggetti: i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con la pubblica amministrazione di provenienza dell'ex dipendente per i successivi tre anni ed hanno l'obbligo di restituire eventuali compensi, eventualmente percepiti ed accertati, in esecuzione dell'affidamento illegittimo; pertanto, la sanzione opera come requisito soggettivo legale per la partecipazione a procedure di affidamento con la conseguente illegittimità dell'affidamento stesso per il caso di violazione

Al fine di garantire l'esatto rispetto della delineata normativa:

- il **Direttore dell'Area Gestione del Personale** dell'Azienda Sanitaria Locale BR è tenuto ad assicurare che nei contratti di assunzione del personale sia inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;
- il **Direttore dell'Area Gestione del Patrimonio** e il **Direttore dell'Area Gestione Tecnica** dell'Azienda Sanitaria Locale BR è tenuto ad assicurare che nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, sia inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della Azienda nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto; all'esatto rispetto di tale previsione sono tenuti tutti gli altri Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, in presenza di analoghi procedimenti amministrativi ascritti alla loro responsabilità;
- è disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente;
- è fornita tempestiva informativa dei fatti al Direttore della Struttura Burocratico Legale dell'Azienda

FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI E CONFERIMENTO DI INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PENALE PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

La L. n. 190/2012 – in materia di Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione – ha ex novo introdotto anche delle misure di prevenzione di carattere soggettivo, con le quali la tutela è anticipata al momento di individuazione degli organi che sono deputati a prendere decisioni e ad esercitare il potere nelle amministrazioni. Tra queste, il nuovo art. 35 bis, inserito nell’ambito del D. Lgs. n. 165/2001, pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione. La norma in particolare prevede:

“1. Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

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

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

Inoltre, il D. Lgs. n. 39/2013 ha previsto un’apposita disciplina riferita alle inconferibilità di incarichi dirigenziali e assimilati (art. 3). Gli atti ed i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni sono nulli ai sensi dell’art. 17 del D. Lgs. n. 39/2013. A carico dei componenti di organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli sono applicate le specifiche sanzioni previste dall’art. 18 del medesimo decreto.

A norma del D. Lgs. n.39/2013:

- in generale, la preclusione opera in presenza di una sentenza, ivi compresi i casi di patteggiamento, per i delitti contro la pubblica amministrazione anche se la decisione non è ancora irrevocabile ossia non è ancora passata in giudicato;
- la specifica preclusione di cui alla lett. b) del citato art. 35 bis riguarda sia l’attribuzione di incarico o l’esercizio delle funzioni dirigenziali sia lo svolgimento di funzioni direttive; pertanto, l’ambito soggettivo della norma riguarda i dirigenti, i funzionari ed i collaboratori (questi ultimi nel caso in cui svolgano funzioni dirigenziali o siano titolari di posizioni organizzative);
- in base a quanto previsto dal comma 2 del suddetto articolo, la disposizione riguarda i requisiti per la formazione di commissioni e la nomina dei segretari e pertanto la sua violazione si traduce nell’illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento;
- la situazione impeditiva viene meno ove venga pronunciata per il medesimo reato una sentenza di assoluzione anche non definitiva.

Se la situazione di inconferibilità si appalesa nel corso del rapporto, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione effettua la contestazione nei confronti dell'interessato e lo stesso deve essere rimosso dall'incarico o assegnato ad altro ufficio.

Il Direttore dell'Area Gestione del Patrimonio, il Direttore dell'Area Gestione Tecnica e il Direttore dell'Area Gestione del Personale dell'Azienda, in base alla rispettiva competenza *ratione materiae*, nonché tutti i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche – in presenza di situazioni di specie – sono ad assicurare la verifica della sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intendono conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

- all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di commissioni di concorso;
- all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dall'art. 3 del d.lgs. n. 39/2013;
- all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001;
- all'entrata in vigore dei citati artt. 3 e 35 bis con riferimento agli incarichi già conferiti e al personale già assegnato.

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante acquisizione d'ufficio ovvero mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 (art. 20 d.lgs. n. 39/2013).

Se all'esito della verifica risultano a carico del personale interessato dei precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione, l'Azienda:

- si astiene dal conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione,
- applica le misure previste dall'art. 3 del d.lgs. n. 39/2013,
- provvede a conferire l'incarico o a disporre l'assegnazione nei confronti di altro soggetto;

In caso di violazione delle previsioni di inconferibilità, secondo l'art. 17 del d.lgs. n. 39, l'incarico è nullo e si applicano le sanzioni di cui all'art. 18 del medesimo decreto.

A tal fine, il Direttore dell'Area Gestione del Patrimonio, il Direttore dell'Area Gestione Tecnica e il Direttore dell'Area Gestione del Personale, in base alla rispettiva competenza *ratione materiae*, nonché tutti i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche – in presenza di situazioni di specie – sono tenuti, in presenza di situazioni di specie:

- a effettuare i controlli sui precedenti penali ed a porre in essere le determinazioni conseguenti in caso di esito positivo del controllo;
- ad assicurare che negli interpelli per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento;
- a proporre al Direttore Generale gli atti necessari per adeguare i propri regolamenti sulla formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di concorso.

In base alla l'intesa sancita in data 24 luglio 2013 tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l'attuazione

dell'art. 1, commi 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n. 190 (provvedimento di Repertorio atti n. 79/CU in data 24 luglio 2013), le situazioni di inconfiribilità (d. lgs. n. 39 del 2013) sono contestate dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione dell'ente che ha conferito l'incarico dirigenziale.

TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (WHISTLEBLOWER)

Fuori dei casi di responsabilità a titolo di calunnia o diffamazione, ovvero per lo stesso titolo ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, il dipendente dell'Azienda Sanitaria Locale BR che denuncia all'autorità Giudiziaria o alla Corte dei Conti, ovvero riferisce al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.

Nell'ambito del procedimento disciplinare, l'identità del segnalante non può essere rivelata, senza il suo consenso, sempre che la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l'identità può essere rivelata ove la sua conoscenza sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato.

L'adozione di misure discriminatorie è segnalata al Dipartimento della Funzione Pubblica, per i provvedimenti di competenza, dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

La denuncia è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni.

La tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. Whistleblower), in quanto finalizzata a consentire l'emersione di fattispecie di illecito, è estesa anche alle ipotesi di segnalazione di casi di corruzione internazionale di cui all'art. 322 bis c.p.

La tutela dell'anonimato del dipendente che effettua segnalazioni di illecito, in quanto finalizzata ad evitare che il dipendente ometta di effettuare segnalazioni di illecito per il timore di subire conseguenze pregiudizievoli, richiede che l'identità del segnalante sia protetta non solo con specifico riferimento al procedimento disciplinare, ma anche in ogni contesto successivo alla segnalazione

Nell'ambito del procedimento disciplinare, l'identità del segnalante può essere rivelata all'autorità disciplinare e all'incolpato nei seguenti casi:

a) consenso del segnalante qualora la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, in cui la segnalazione sia in pratica solo uno degli elementi che hanno fatto emergere l'illecito, ma la contestazione avviene sulla base di altri fatti da soli sufficienti a far scattare l'apertura del procedimento disciplinare;

b) laddove la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato, purché tale circostanza emerga solo a seguito dell'audizione dell'incolpato ovvero dalle memorie difensive che lo stesso produce nel procedimento.

La tutela dell'anonimato del dipendente che effettua segnalazioni di illecito non equivale ad accettazione di segnalazione anonima, in quanto si riferisce al caso della segnalazione proveniente da dipendenti individuabili e riconoscibili. Resta fermo l'obbligo dell'Azienda di prendere in considerazione anche segnalazioni anonime, laddove queste si presentino adeguatamente circostanziate e rese con dovizia di particolari, siano tali cioè da far emergere fatti e situazioni relazionandoli a contesti determinati, mediante, a mero titolo esemplificativo e non tassativo, la indicazione di nominativi o qualifiche particolari, la menzione di uffici specifici, la indicazione di procedimenti o eventi particolari.

Le presenti disposizioni a tutela dell'anonimato e di esclusione dell'accesso documentale non possono comunque essere riferibili a casi in cui, in seguito a disposizioni di legge speciale, l'anonimato non può essere opposto, come, a mero titolo esemplificativo e non tassativo, nel caso di indagini penali, tributarie o amministrative, ispezioni.

Il dipendente che effettua segnalazioni di illecito non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.

Per misure discriminatorie si intendono le azioni disciplinari ingiustificate, le molestie sul luogo di lavoro ed ogni altra forma di ritorsione che determini condizioni di lavoro intollerabili.

La norma di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito riguarda le segnalazioni effettuate all'Autorità Giudiziaria, alla Corte dei Conti o al proprio superiore gerarchico. La tutela prevista dalla norma è circoscritta all'ambito della Azienda, in quanto il segnalante ed il denunciato sono entrambi suoi dipendenti.

Il divieto di discriminazione nei confronti del *Whistleblower* è garantito dall'Azienda attraverso uno specifico iter procedimentale. A tal fine, il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito deve dare notizia circostanziata dell'avvenuta discriminazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione. In tal caso, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione valuta la sussistenza degli elementi per effettuare la segnalazione di quanto accaduto:

- al dirigente sovraordinato del dipendente che ha operato la discriminazione. Il dirigente valuta tempestivamente l'opportunità/necessità di adottare atti o provvedimenti per ripristinare la situazione e/o per rimediare agli effetti negativi della discriminazione in via amministrativa e la sussistenza degli estremi per avviare il procedimento disciplinare nei confronti del dipendente che ha operato la discriminazione;
- all'U.P.D., per i procedimenti di propria competenza, il quale valuta la sussistenza degli

estremi per avviare il procedimento disciplinare nei confronti del dipendente che ha operato la discriminazione;

- alla Struttura Burocratico Legale dell'Azienda, per valutare la sussistenza degli estremi per esercitare in giudizio l'azione di risarcimento per lesione dell'immagine della Azienda;
- all'Ispettorato della Funzione Pubblica con specifica richiesta di valutare la necessità di avviare un'ispezione al fine di acquisire ulteriori elementi per le successive determinazioni.

Il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito può, altresì, dare notizia dell'avvenuta discriminazione:

- all'organizzazione sindacale alla quale aderisce o ad una delle organizzazioni sindacali rappresentative presenti nell'Azienda affinché l'organizzazione sindacale riferisca della situazione di discriminazione all'Ispettorato della Funzione Pubblica se la segnalazione non è stata effettuata dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione;
- al Comitato Unico di Garanzia. Il presidente del C.U.G. è, in tal caso, tenuto a riferire della situazione di discriminazione all'Ispettorato della Funzione Pubblica se la segnalazione non è stata effettuata dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

Il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito può, infine, agire in giudizio nei confronti del dipendente che ha operato la discriminazione e dell'amministrazione per ottenere:

- a) un provvedimento giudiziale d'urgenza finalizzato alla cessazione della misura discriminatoria e/o al ripristino immediato della situazione precedente;
- b) l'annullamento davanti al T.A.R. dell'eventuale provvedimento amministrativo illegittimo e/o, se del caso, la sua disapplicazione da parte del Tribunale del lavoro e la condanna nel merito per le controversie in cui è parte il personale c.d. contrattualizzato;
- c) il risarcimento del danno patrimoniale e non patrimoniale conseguente alla discriminazione.

La denuncia del *Whistleblower* è sottratta al diritto di accesso fatta esclusione delle ipotesi eccezionali di cui al comma 2 dell'art. 54 bis del d.lgs. n. 165/2001 in caso di necessità di disvelare l'identità del denunciante. Il documento non può essere oggetto di visione né di estrazione di copia da parte di richiedenti, ricadendo nell'ambito delle ipotesi di esclusione di cui all'art. 24, comma 1, lett. a), della L. n. 241/90 s.m.i.. Il Regolamento Aziendale che disciplina l'accesso documentale, anche in assenza di specifica integrazione espressa del regolamento, si intende integrato dalla specifica disposizione contenuta nella L. n. 190/2012.

L'Azienda utilizza ogni necessario accorgimento tecnico, anche di tipo informatico, affinché trovi attuazione la tutela del dipendente che effettua segnalazioni di cui all'art. 54 bis del d.lgs. n. 165/2001 e sia garantita la sua riservatezza. A tale fine, i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, sono tenuti:

- a) ad individuare, all'interno di ogni singola struttura, canali differenziati e riservati per ricevere le segnalazioni, la cui gestione deve essere affidata a un ristrettissimo nucleo di massimo tre persone;
- b) ad assegnare codici sostitutivi dei dati identificativi del denunciante;

Tutti coloro che ricevono o vengono a conoscenza della segnalazione e coloro che successivamente vengono coinvolti nel processo di gestione della segnalazione sono tenuti alla dovuta riservatezza, salve le comunicazioni che per legge o in base al P.N.A. debbono essere effettuate. La violazione di tali obblighi di riservatezza, in quanto violazione di norme contenute nel PTPC, comporta responsabilità disciplinare, salva l'eventuale responsabilità civile e penale dell'agente.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione anche nelle funzioni di Responsabile della Trasparenza, il Responsabile dell'Area Gestione del Personale, il Responsabile dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico, il Responsabile dell'Ufficio Formazione e l'U.P.D. concorrono a garantire l'effettività e la concretezza delle presenti misure di tutela dei denunciati mediante un'efficace e costante attività di sensibilizzazione, comunicazione e formazione sui diritti e gli obblighi relativi alla divulgazione delle azioni illecite. A tal fine, l'Azienda, nel corso del periodo (triennale) di vigenza del presente PTPC, valuterà l'opportunità di postare, sul portale del proprio sito web, avvisi che informano i dipendenti sull'importanza dello strumento e sul loro diritto ad essere tutelati nel caso di segnalazione di azioni illecite, nonché sui risultati dell'azione cui la procedura di tutela del *Whistleblower* ha condotto. La valutazione della opportunità di tale misura è parimenti rimessa all'esame congiunto del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, del Responsabile dell'Area Gestione del personale, del Responsabile dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico, del Direttore dell'Ufficio Formazione e dell'U.P.D..

Al fine di verificare possibili lacune o incomprensioni da parte dei dipendenti, le misure preventive a tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. *Whistleblower*) previste nel presente PTPC sono sottoposte a revisione periodica, nell'ambito della complessiva attività di monitoraggio delle attività aziendali svolta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione, con il coinvolgimento dei Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, anche nella qualità di Referenti dello stesso Responsabile

ATTIVAZIONE DI UNA PROCEDURA AZIENDALE PER LA GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI DI ILLECITI (WHISTLEBLOWING POLICY)

L'ASL BR ha adottato, con deliberazione D.G. n. 1460 del 15.9.2015, una procedura aziendale per la gestione delle segnalazioni di illeciti (Whistleblowing Policy).

L'esigenza di adottare una Whistleblowing Policy nasce dal fatto che le pubbliche amministrazioni sono tenute a mettere in campo i necessari accorgimenti tecnici affinché trovi effettiva attuazione la tutela del dipendente che effettua segnalazioni di cui all'art. 54 bis del D.Lgs n.165/2011 " Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" prevedendo –

al proprio interno – canali differenziati e riservati per ricevere le segnalazioni, la cui gestione deve essere affidata ad un ristrettissimo nucleo di persone.

Nel corso del 2016 la ASL Brindisi ha aderito ad un progetto di Transparency International Italia con il quale alcune Aziende Sanitarie pilota stanno, a tutt'oggi, sperimentando una piattaforma software per assicurare l'invio delle segnalazioni con completo anonimato e riservatezza da parte del dipendente.

L'ASL di Brindisi ha attivato un canale informatico di whistleblowing, strumento legale a disposizione dei dipendenti e dei collaboratori di imprese fornitrici di beni e servizi per l'eventuale segnalazione di fenomeni corruttivi.

Si tratta di una piattaforma informatica disponibile all'indirizzo

<https://whistleblowing.asl.brindisi.it>

che permette di inviare segnalazioni di illeciti di cui si è venuti a conoscenza in maniera sicura e confidenziale trattando al contempo i dati personali del segnalante per le sole finalità connesse all'applicazione della procedura di whistleblowing (segnalazione di presunti illeciti e/o irregolarità).

In particolare:

- la segnalazione viene fatta attraverso la compilazione di un questionario ed è inviata in forma anonima;
- la segnalazione viene ricevuta Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) e gestita garantendo la tutela del segnalante;
- la piattaforma whistleblowing permette il dialogo, anche in forma anonima, tra il segnalante e l'RPCT per richieste di chiarimenti o approfondimenti, senza quindi la necessità di fornire contatti personali;
- la segnalazione può essere fatta da qualsiasi dispositivo digitale sia dall'interno dell'ente che dal suo esterno. La tutela dell'anonimato è garantita in ogni circostanza.

LA FORMAZIONE

La formazione riveste un'importanza cruciale nell'ambito della azione di prevenzione della corruzione. Infatti, una formazione adeguata consente di raggiungere i seguenti obiettivi:

- l'attività amministrativa è svolta da soggetti consapevoli: la discrezionalità è esercitata sulla base di valutazioni fondate sulla conoscenza e le decisioni sono assunte "con cognizione di causa"; ciò comporta la riduzione del rischio che l'azione illecita sia compiuta inconsapevolmente;
- la conoscenza e la condivisione degli strumenti di prevenzione (politiche, programmi, misure) da parte dei diversi soggetti che a vario titolo operano nell'ambito del processo di prevenzione;
- la creazione di una base omogenea minima di conoscenza, che rappresenta l'indispensabile presupposto per programmare la rotazione del personale;

- la creazione della competenza specifica necessaria per il dipendente per svolgere la nuova funzione da esercitare a seguito della rotazione;
- la creazione di competenza specifica per lo svolgimento dell'attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;
- la costruzione di "buone pratiche amministrative" a prova di impugnazione e con sensibile riduzione del rischio di corruzione;
- l'occasione di un confronto tra esperienze diverse e prassi amministrative distinte da ufficio ad ufficio, reso possibile dalla compresenza di personale "in formazione" proveniente da esperienze professionali e culturali diversificate; ciò rappresenta un'opportunità significativa per coordinare ed omogeneizzare all'interno dell'ente le modalità di conduzione dei processi da parte degli uffici, garantendo la diffusione degli orientamenti giurisprudenziali sui vari aspetti dell'esercizio della funzione amministrativa, indispensabili per orientare il percorso degli uffici, orientamenti spesso non conosciuti dai dipendenti e dai dirigenti anche per ridotta disponibilità di tempo da dedicare all'approfondimento;
- evitare l'insorgere di prassi contrarie alla corretta interpretazione della norma di volta in volta applicabile;
- la diffusione di valori etici, mediante l'insegnamento di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati.

A tale fine, l'Azienda Sanitaria Locale BR programma adeguati percorsi di formazione. L'attività formativa è strutturata su due livelli:

1) un livello generale, rivolto a tutti i dipendenti, che riguarda l'aggiornamento delle competenze (approccio contenutistico) e le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale);

2) un livello specifico, rivolto al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, ai Referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio; il livello specifico riguarda le politiche, i programmi e i vari strumenti utilizzati per la prevenzione e tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'Azienda, in particolare le modalità di mappatura dei processi e di valutazione e ponderazione dei rischi specifici.

I fabbisogni formativi sono individuati dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione, in raccordo con il Responsabile dell'Ufficio Formazione.

Le iniziative formative sono inserite anche nel Piano della Formazione di cui all'art. 7 bis del D. Lgs. n. 165/2001.

Nella scelta delle modalità per l'attuazione dei processi di formazione, l'Azienda segue le seguenti indicazioni esplicitate nel P.N.A.:

- formazione indirizzata ai dipendenti che operano in settori particolarmente esposti alla corruzione ;
- i dipendenti saranno individuati dal Responsabile della prevenzione della corruzione, fra

coloro che operano nelle aree a rischio corruzione, d'intesa con i dirigenti delle stesse aree di appartenenza.

- i percorsi di aggiornamento e di formazione di livello generale e di livello specifico;
- le iniziative di formazione devono tener conto dell'importante contributo che può essere dato dagli operatori interni all'amministrazione, inseriti come docenti nell'ambito di percorsi di aggiornamento e formativi in house;
- sono programmate apposite iniziative formative sui temi dell'etica e della legalità. Tali iniziative dovrebbero coinvolgere, nell'arco di tre anni, tutti i dipendenti ed i collaboratori a vario titolo dell'amministrazione e debbono riguardare il contenuto dei Codici di comportamento e il Codice disciplinare e devono basarsi prevalentemente sull'esame di casi concreti;
- debbono essere previste iniziative di formazione specialistiche per il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, comprensive di tecniche di risk management, e per le figure a vario titolo coinvolte nel processo di prevenzione;

L'adozione delle iniziative finalizzate alla realizzazione degli interventi formativi è programmata nell'ambito del PTPC e del P.T.F..

L'Azienda monitora e verifica il livello di attuazione dei processi di formazione e la loro efficacia. Il monitoraggio è realizzato attraverso questionari destinati ai soggetti destinatari della formazione. Le domande riguardano le priorità di formazione e il grado di soddisfazione dei percorsi già avviati.

L'Azienda Sanitaria Locale Br, nel piano triennale di formazione del personale di prossima attuazione ha già inserito corsi di formazione specificatamente incentrati sui temi dell'etica pubblica e della legalità, prioritariamente dedicati ai dipendenti addetti alle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione individuate ai sensi del presente piano.

Per l'assolvimento delle proprie finalità formative, l'Azienda predisporrà percorsi, anche specifici e settoriali, di formazione sui temi dell'etica e della legalità e provvede alla formazione dei dipendenti pubblici chiamati ad operare nei settori in cui è più elevato, sulla base dei piani adottati dalle singole amministrazioni, il rischio che siano commessi reati di corruzione. A tal fine, stante l'entrata in vigore del regolamento, approvato con D.P.R. 16 aprile 2013, n. 70, recante *"Riordino del sistema di reclutamento e formazione dei dipendenti pubblici e delle scuole pubbliche di formazione"* che ha riorganizzato il sistema pubblico della formazione, l'Azienda tiene conto del sistema di offerta formativa disciplinato nel predetto regolamento.

La individuazione del personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità è effettuata dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione con i propri referenti e con il Responsabile dell'Ufficio Formazione.

Tutti i dipendenti che, direttamente o indirettamente, svolgono una attività, nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione individuate ai sensi del PTPC devono, partecipare ai corsi di formazione di cui al PTPC medesimo.

Al fine di assicurare la massima promozione della cultura della legalità e dell'etica pubblica

nell'attività amministrativa, sia nella fase della selezione del personale, sia in quella dell'aggiornamento e della specializzazione, il programma di formazione annuale predisposto dall'Azienda deve prevedere percorsi anche specifici e settoriali di formazione per l'approfondimento dei contenuti della c.d. normativa anticorruzione e delle azioni di prevenzione e contrasto del rischio della corruzione e dell'illegalità, specificamente dedicati ai dipendenti che operano nelle strutture nel cui ambito è più elevato, sulla base del PTPC, il rischio medesimo.

Al fine di assicurare che i percorsi formativi predisposti dall'Azienda ai sensi del PTPC siano effettivamente mirati ad una formazione continua, capillare e diffusa del personale interessato, tenuto anche conto della molteplicità e della varietà delle attività amministrative, sanitarie e sociosanitarie svolte e della conseguente necessità di predisporre attività formative anche specifiche e settoriali, il piano di formazione aziendale sui temi dell'etica pubblica e della legalità ha previsto, eventi formativi sia in in house sia in FAD.

PATTI DI INTEGRITÀ NEGLI AFFIDAMENTI

I patti d'integrità ed i protocolli di legalità rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dalla stazione appaltante come presupposto necessario e condizionante la partecipazione dei concorrenti ad una gara di appalto. Il patto di integrità è un documento che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e permette un controllo reciproco e sanzioni per il caso in cui qualcuno dei partecipanti cerchi di eluderlo. Si tratta quindi di un complesso di regole di comportamento finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo e volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti.

L'A.V.C.P. con determinazione n. 4/2012 si è pronunciata circa la legittimità di prescrivere l'inserimento di clausole contrattuali che impongono obblighi in materia di contrasto delle infiltrazioni criminali negli appalti nell'ambito di protocolli di legalità/patti di integrità. Nella determinazione si precisa che *"mediante l'accettazione delle clausole sancite nei protocolli di legalità al momento della presentazione della domanda di partecipazione e/o dell'offerta, infatti, l'impresa concorrente accetta, in realtà, regole che rafforzano comportamenti già doverosi per coloro che sono ammessi a partecipare alla gara e che prevedono, in caso di violazione di tali doveri, sanzioni di carattere patrimoniale, oltre alla conseguenza, comune a tutte le procedure concorsuali, della estromissione dalla gara (cfr Cons. St., sez. VI, 8 maggio 2012, n. 2657; Cons. St., 9 settembre 2011, n. 5066).*

A tale fine, l'Azienda, in attuazione dell'art. 1, comma 17, della L. n. 190/2012, **con Deliberazione D.G. n. 74 del 18.1.2017, ha approvato il PATTO DI INTEGRITA' IN MATERIA DI CONTRATTI PUBBLICI** con l'obbligo, da parte del Direttore dell'Area Gestione del Patrimonio e il Direttore dell'Area Gestione Tecnica, e degli altri soggetti titolari di poteri contrattuali, è tenuto ad assicurare che negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito sia inserita la clausola di salvaguardia che il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto. Al rispetto di tale disposizione sono, altresì, tenuti tutti i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, in presenza di situazioni di specie.

MECCANISMI DI FORMAZIONE, ATTUAZIONE E CONTROLLO DELLE DECISIONI IDONEI A

PREVENIRE IL RISCHIO DI CORRUZIONE

Il piano di prevenzione della corruzione dell'Azienda Sanitaria Locale BR definisce, per le attività individuate come a rischio di corruzione e di illegalità, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio medesimo.

A tal fine, l'iter di formazione delle decisioni, la fase di attuazione delle stesse, nonché quella del controllo, si svolgono sotto la diretta responsabilità dei dirigenti preposti alle varie articolazioni, centrali e periferiche, dell'Azienda nel rigoroso rispetto della legge e nell'osservanza della dovuta trasparenza dell'intero procedimento.

Sul sito web istituzionale dell'Azienda devono essere pubblicate tutte le informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto della vigente normativa in materia di trasparenza amministrativa, nonché delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali

Per garantire l'effettività di tali misure, i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, anche nella qualità di Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione individuati ai sensi del PTPC, curano che, nella circostanziata e documentata relazione, da inoltrare al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, con cadenza semestrale, ai sensi del PTPC, siano segnalati, con specifico riferimento alle articolazioni cui sono rispettivamente preposti, gli interventi organizzativi realizzati, in relazione alle attività individuate come a rischio di corruzione e d'illegalità, per assicurare il rigoroso rispetto della legge e l'osservanza della massima trasparenza nella formazione, nella attuazione e nel controllo delle decisioni.

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

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

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

Inoltre, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione può, in qualsiasi momento, motivatamente, richiedere per iscritto ai dipendenti che hanno istruito un procedimento o ai dirigenti

che hanno adottato il provvedimento finale di dare per iscritto adeguata motivazione circa le circostanze di fatto e le ragioni giuridiche sottese all'adozione del provvedimento medesimo.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione può, altresì, in ogni momento motivatamente chiedere delucidazioni per iscritto a tutti i dipendenti e dirigenti su comportamenti, incidenti sulle attività istituzionali, che possono integrare anche solo potenzialmente rischio di corruzione ed illegalità.

PROCEDURE PER MONITORARE IL RISPETTO DEI TERMINI, PREVISTI DALLA LEGGE O DAI REGOLAMENTI, PER LA CONCLUSIONE DEI PROCEDIMENTI

Il Piano di Prevenzione della Corruzione dell'Azienda Sanitaria Locale BR definisce procedure appropriate per monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti.

A tal fine, tutte le fasi procedimentali, da quella iniziale sino a quella conclusiva, si svolgono sotto la diretta responsabilità dei dirigenti preposti alle varie articolazioni, centrali e periferiche, dell'Azienda nel rigoroso rispetto della legge e nell'osservanza della dovuta trasparenza dei procedimenti medesimi.

Sul sito web istituzionale dell'Azienda devono essere pubblicate tutte le informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto della vigente normativa in materia di trasparenza amministrativa, nonché delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali.

Per garantire l'effettività di tali misure, i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, anche nella qualità di Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione individuati ai sensi del presente piano, curano che, nella circostanziata e documentata relazione, da inoltrare al Responsabile della prevenzione della corruzione, ai sensi del PTPC, siano segnalati, con specifico riferimento alle articolazioni cui sono rispettivamente preposti, gli esiti del monitoraggio effettuato sul rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti.

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

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

Al fine di assicurare che il flusso informativo verso il Responsabile della Prevenzione della Corruzione sia connotato dalla massima costanza, capillarità e diffusione, i Responsabili di tutte le articolazioni

aziendali, quali Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione, attuano, all'interno delle articolazioni cui sono rispettivamente preposti, un sistema "a cascata", con il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti e dipendenti, tale da garantire il pieno conseguimento delle finalità di cui al PTPC, nonché da assicurare che tutto il personale dell'Azienda sia coinvolto nell'attività di analisi e valutazione, nonché di proposta e definizione delle misure di monitoraggio per l'implementazione del piano di prevenzione della corruzione.

Inoltre, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione può direttamente monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti, inoltrando una motivata richiesta ai dipendenti o ai dirigenti incaricati della istruttoria, cui gli stessi dovranno fornire una tempestiva risposta scritta

PROCEDURE PER MONITORARE I RAPPORTI TRA L'AMMINISTRAZIONE E I SOGGETTI CHE CON LA STESSA STIPULANO CONTRATTI O CHE SONO INTERESSATI A PROCEDIMENTI CON VANTAGGI ECONOMICI DI QUALUNQUE GENERE

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

Sui rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere vigilano, in via ordinaria, i dirigenti preposti alle varie articolazioni centrali e periferiche dell'Azienda, al fine di accertare che gli stessi siano improntati alla massima correttezza ed al rigoroso rispetto della legge

Per garantire l'effettività di tale attività di vigilanza, i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, anche nella qualità di Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, individuati ai sensi del PTPC, curano che, nella circostanziata e documentata relazione, da inoltrare al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, con cadenza semestrale, ai sensi del PTPC, siano segnalati, con specifico riferimento alle articolazioni cui sono rispettivamente preposti, gli esiti del monitoraggio effettuato sui rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione.

In aggiunta a tale relazione i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, quali Referenti del

Responsabile della Prevenzione della Corruzione, relazionano, con immediatezza e senza ritardo, su qualsivoglia elemento che richieda la necessità di immediati interventi.

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

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

Inoltre, il Responsabile della prevenzione della corruzione può direttamente monitorare i rapporti in questione, inoltrando una motivata richiesta ai dipendenti o ai dirigenti incaricati della istruttoria dei relativi procedimenti, cui gli stessi dovranno fornire una tempestiva risposta scritta.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione può, altresì, in ogni momento motivatamente chiedere delucidazioni, per iscritto, a tutti i dipendenti e dirigenti su comportamenti, incidenti sulle attività istituzionali, che possono integrare anche solo potenzialmente rischio di corruzione ed illegalità

Il presente aggiornamento 2024 – 2026 , venendo adottato mentre è ancora in atto il processo di riorganizzazione dell'intero sistema sanitario della Regione Puglia e di adozione di un nuovo Atto Aziendale dell'ASL Brindisi il quale inciderà in maniera significativa anche sulla strutturazione del presente PTPC, in quanto cambierà totalmente il contesto organizzativo aziendale, rinvia la mappatura totale dei processi aziendali ad un momento successivo alla adozione del suddetto provvedimento

| SOGGETTI | CRONOPROGRAMMA COMPETENZE/ADEMPIMENTI | TERMINI |
|---|---|--|
| Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Predisposizione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione con aggiornamento annuale | Entro il 31 gennaio di ogni anno |
| Direttore Generale | Adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione con aggiornamento annuale | Entro il 31 gennaio di ogni anno |
| Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Divulgazione del Piano alle articolazioni aziendali | Entro 15 giorni dalla sua adozione |
| Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Direttori di U.O.C. | Definizione delle procedure per selezionare e formare i dipendenti operanti nei settori esposti alla corruzione | Cadenza annuale |
| Direttori di U.O.C. | Trasmissione al RPCT delle relazioni sulle procedure utilizzate e i controlli di legittimità attivati e sulle proposte di eventuali nuovi interventi organizzativi per migliorare la prassi ai fini della prevenzione delle pratiche corruttive | Entro il 30 ottobre di ogni anno |
| Direttori di U.O.C. | Trasmissione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione delle relazioni sul monitoraggio dei rapporti con i soggetti con i quali intercorrono rapporti a rilevanza economica | Entro il 30 novembre di ogni anno |
| Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Relazione annuale di attuazione del Piano e trasmissione al Direttore Generale e all'OIV con contestuale pubblicazione sul sito <i>web</i> aziendale | Entro il 15 dicembre di ogni anno |
| Responsabile della Prevenzione della Corruzione d'intesa con i Dirigenti competenti | Rotazione nei settori esposti al rischio di corruzione, previa definizione delle procedure di rotazione dei dipendenti che curano i procedimenti | A seguito dell'adozione del regolamento aziendale nel rispetto dei termini previsti dalle norme e dal PTPC |

Sezione 3:
Organizzazione e Capitale Umano

Sezione 3.1:

Struttura Organizzativa

Organizzazione dell'Azienda Sanitaria locale di Brindisi

L'Azienda ASL BRINDISI è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale e svolge la funzione pubblica di promozione e tutela della salute, intesa sia come diritto fondamentale dell'individuo, sia come interesse della collettività, attraverso l'erogazione di servizi ed attività compresi nei LEA – definiti con DPCM – gratuitamente o mediante compartecipazione (TICKET).

L'organizzazione aziendale è articolata nelle funzioni di prevenzione, territoriale, ospedaliera e amministrativa-tecnica-logistica.

Gli **organi aziendali** sono:

- Direttore Generale
- Collegio Sindacale
- Collegio di Direzione.

La **Direzione Strategica** si avvale del supporto delle Tecnostrutture di Staff. L'articolazione di base dell'Azienda rispetta l'assetto organizzativo voluto dalla Regione Puglia, finalizzato a garantire il soddisfacimento dei bisogni sanitari in materia di:

- **Assistenza collettiva e sanità pubblica**, cui afferiscono le seguenti attività:
 - a) sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
 - b) tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
 - c) sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
 - d) salute animale e igiene urbana veterinaria;
 - e) sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
 - f) sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
 - g) attività medico legali per finalità pubbliche.
- **Assistenza territoriale**, che si articola nelle seguenti aree di attività:
 - a) assistenza sanitaria di base;
 - b) emergenza sanitaria territoriale;
 - c) assistenza farmaceutica;
 - d) assistenza integrativa;
 - e) assistenza specialistica ambulatoriale;
 - f) assistenza protesica;
 - g) assistenza termale;
 - h) assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale;
 - i) assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.
- **Assistenza ospedaliera**, che si articola nelle seguenti aree di attività:
 - a) pronto soccorso;
 - b) ricovero ordinario per acuti;
 - c) day surgery;
 - d) day hospital;
 - e) riabilitazione e lungodegenza post acuzie;
 - f) attività trasfusionali;
 - g) attività di trapianto di cellule, organi e tessuti;
 - h) centri antiveneni (CAV)

secondo un modello a rete aziendale che si raccordi con quello regionale, al fine di perseguire l'obiettivo della continuità dell'assistenza e quello dell'integrazione tra ospedale e territorio.

Le **funzioni tecnico-amministrative**, a supporto della Direzione Strategica sono assicurate dalle seguenti UU.OO.:

*Area Gestione Risorse Umane,
Area Gestione del Patrimonio,
Area Gestione Tecnica,
Area Gestione Risorse Economiche e Finanziarie,
Attività Legali e Affari Generali.*

Inoltre è opportuno precisare che la gestione operativa delle attività dell'ASL BR, in applicazione del D.Lgs 502 del 1992 e s.m.i. e delle conseguenti disposizioni regionali, è organizzata dipartimenti secondo la seguente classificazione (vedasi Delibera del D.G. n.302 del 17.02.2017 e s.m.i.) :

- *COORDINAMENTO DELLE DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO OSPEDALIERO;*
- *DIPARTIMENTO CARDIO/PNEUMOLOGICO/RIABILITATIVO;*
- *DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTICO;*
- *DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE;*
- *DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA;*
- *DIPARTIMENTO FARMACEUTICO;*
- *DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE;*
- *DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO;*
- *DIPARTIMENTO MEDICO;*
- *DIPARTIMENTO ONCO/EMATOLOGICO/RADIOTERAPICO/RADIODIAGNOSTICO;*
- *DIPARTIMENTO PREVENZIONE;*
- *DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE;*
- *STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE;*
- *UOC CON BUDGET AUTONOMO NEFROLOGIA E DIALISI;*
- *DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE;*
- *DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO;*
- *DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI*

Sezione 3.2:

Organizzazione del lavoro Agile

INDICE

- Premessa
- Normativa di riferimento
- Oggetto e ambito di applicazione
- Attività che possono essere svolte in modalità agile.
- Destinatari
- Attori coinvolti nell'applicazione del lavoro agile
- Accordo individuale
- Potere direttivo di controllo e disciplinare
- Luoghi di lavoro
- Orario di lavoro e disconnessione
- Strumentazione tecnologica
- Formazione
- Riservatezza, privacy e sicurezza sul lavoro
- Esperienza di Lavoro Agile nella ASL Brindisi

Premessa

La Legge n. 124 del 7 agosto 2015 ha dato il via all'adozione e allo sviluppo di nuove forme di lavoro dirette a promuovere una migliore conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti pubblici.

L'art. 14 della suddetta legge avente ad oggetto la "promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche" prevedeva espressamente l'adozione di misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e per la sperimentazione di nuove modalità di svolgimento della prestazione lavorativa. Le misure da adottare dovevano garantire ad almeno il 10% dei dipendenti richiedenti, la possibilità di avvalersi di tali modalità innovative in un arco temporale di tre anni.

In una fase successiva, con la Legge n. 81 del 22 maggio 2017, il Legislatore ha disciplinato i contenuti del lavoro agile definendolo come una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, caratterizzata dall'assenza di vincoli di orario e/o di luogo di lavoro e con la possibilità di utilizzare strumenti tecnologici.

La prestazione lavorativa risulta caratterizzata dal suo svolgimento, in parte all'interno e in parte all'esterno dei locali aziendali, senza una postazione fissa, entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale previsti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

In attuazione delle predette disposizioni la presidenza del Consiglio dei Ministri ha emanato la direttiva 3/2017 recante le linee guida sul lavoro agile e dirette a fornire indicazioni inerenti l'organizzazione del lavoro, la gestione del personale per promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, il benessere organizzativo e l'esercizio dei diritti dei lavoratori.

La sperimentazione del lavoro agile ha subito una fase di accelerazione in seguito all'emergenza epidemiologica da Covid-19, diventando modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni. Il Lavoro Agile adottato durante la fase emergenziale ha avuto specifiche caratteristiche e connotazioni che lo hanno differenziato da quello ordinario disciplinato dalla legge 81/2017.

Infine, in un'ottica di superamento del lavoro agile c.d. emergenziale e di ripensamento delle ordinarie modalità di lavoro sulla scorta di un'implementazione dell'utilizzo dell'istituto, l'art. 14, comma 1, Legge n. 124 del 7 agosto 2015, così come modificato dall'art. 263, comma 4 bis, del decreto legge n. 34 del 19 maggio 2020 (c.d. "decreto rilancio"), convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 77 del 17 luglio 2020, ha previsto che le amministrazioni pubbliche redigano il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) entro il 31 gennaio di ciascun anno.

A partire dall'anno 2022, a seguito dell'introduzione da parte del Legislatore, con Decreto Legge n. 80 del 9 Giugno 2021, convertito con modificazioni dalla Legge n. 113 del 6 Agosto 2021, del Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO), il POLA costituisce parte del PIAO. Quest'ultimo ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione.

Il lavoro agile supera la tradizionale logica del controllo sulla prestazione, ponendosi quale patto fiduciario tra l'amministrazione e il lavoratore dipendente, basato sul principio guida *"FAR BUT CLOSE"*, ovvero *"lontano ma vicino"* teso a porre in evidenza la collaborazione tra l'Amministrazione e i lavoratori per la creazione di valore pubblico, a prescindere dal luogo, dal tempo e dalle modalità che questi ultimi scelgono per raggiungere gli obiettivi perseguiti dall'amministrazione.

Tale principio si basa sui seguenti fattori:

- Flessibilità dei modelli organizzativi
- Autonomia nell'organizzazione del lavoro
- Responsabilizzazione sui risultati
- Benessere del lavoratore
- Utilità per l'amministrazione
- Tecnologie digitali che consentono e favoriscono il lavoro agile
- Cultura organizzativa basata sulla collaborazione e sulla riprogettazione di competenze e comportamenti
- Organizzazione in termini di programmazione, coordinamento, monitoraggio, adozione di azioni correttive
- Equilibrio in una logica che consente all'amministrazione di conseguire i propri obiettivi e ai lavoratori di migliorare il proprio equilibrio vita/lavoro.

Tra i seguenti fattori ricoprono un ruolo strategico la cultura organizzativa e le tecnologie digitali in una logica di gestione del cambiamento organizzativo per valorizzare al meglio le opportunità rese disponibili dalle nuove tecnologie.

La modalità applicativa del Lavoro Agile in un'Azienda Sanitaria ha caratteristiche ovviamente differenziate rispetto ad altre Pubbliche Amministrazioni, non soltanto per la tipologia di attività che, nella stragrande maggioranza dei casi, richiede la presenza fisica dell'operatore sanitario, ma anche, per la tipologia organizzativa dell'Azienda che condizionano le modalità di applicazione.

Solo una minima parte dei sanitari, infatti, può lavorare in tale modalità, mentre il personale addetto a funzioni non sanitarie è generalmente più facilitato.

Il POLA rappresenta lo strumento di programmazione finalizzato all'attuazione del Lavoro Agile, che assicura lo svolgimento dell'attività lavorativa da remoto del personale, in un'ottica di maggiore efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa. La medesima percentuale dovrà essere garantita anche in caso di mancata adozione del Piano.

Tale documento definisce le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti. Nell'ambito degli obiettivi

dell'amministrazione individuati nel Piano della Performance, compreso nel PIAO, l'organizzazione del Lavoro Agile diventa un obiettivo specifico della Performance organizzativa complessiva.

Al fine di supportare le Amministrazioni, il Dipartimento della Funzione Pubblica ha introdotto in data 9 dicembre 2020 specifiche linee guida che forniscono le indicazioni metodologiche per l'elaborazione del POLA.

Normativa di riferimento

1. Legge n. 124 del 7 Agosto 2015 art. 14 *"Promozione della condizione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche"*
2. Legge n. 81 del 22 Maggio 2017 recante *"Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato"*, Capo II *"Lavoro Agile"*.
3. Direttiva n. 3 del 1 Giugno 2017 del Presidente del Consiglio dei Ministri recante *"Indirizzi per l'attuazione dei commi 1 e 2 dell'art.14 della L. 124/ 2015 e Linee guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro di dipendenti"*.
4. Legge n. 77 del 17 Luglio 2020 recante *"Conversione in legge, con modificazioni, del decreto- legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID- 19"*.
5. Linee Guida sul Piano Organizzativo del lavoro agile e indicatori di performance della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica del 9 Dicembre 2020, versione 1.0.
6. Decreto Legge n. 56 del 30 Aprile 2021 recante *"Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi"*.
7. Decreto Legge n. 80 del 9 Giugno 2021, convertito con modificazioni dalla Legge n. 113 del 6 Agosto 2021, recante *"Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia"*.
8. *Le norme del Contratto Collettivo del Comparto 2019/2021 sottoscritto il 2 novembre 2022 che disciplina l'istituto per gli aspetti non riservati alla fonte unilaterale e che costituiscono le modalità di superamento della fase emergenziale per lo sviluppo del lavoro agile. Con l'entrata in vigore dei nuovi CCNL, cesseranno la loro efficacia le Linee guida sopra richiamate nelle parti non compatibili con gli stessi.*

Oggetto e ambito di applicazione

Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) è disciplinato dall'art. 263 del Decreto Legge n. 34 del 19 maggio 2020, così come convertito dalla Legge n. 77 del 17 Luglio 2020, redatto sulla base delle Linee Guida sul POLA pubblicate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Funzione Pubblica, nel dicembre 2020.

Il POLA, insieme ai principali strumenti di programmazione delle Amministrazioni, deve essere inserito nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione introdotto dall'art. 6 Dlgs. n. 80/2021. Il comma 4 bis del citato articolo 263, modificato dal D.L. n. 56 del 30 aprile 2021, stabilisce che lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile possa essere effettuato dal personale impiegato in attività smartizzabile e che in caso di mancata adozione del POLA, il lavoro agile si applica ai dipendenti, ove lo richiedano.

L'adozione del POLA, quale modalità di organizzazione della prestazione lavorativa, è finalizzata a promuovere:

- dal punto di vista del lavoratore, la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e il miglioramento del benessere organizzativo;
- dal punto di vista dell'Azienda, l'accrescimento della produttività e della qualità del lavoro oltre ad una maggiore flessibilità organizzativa.

Il Lavoro Agile non deve essere confuso con l'istituto del telelavoro, di cui alla Legge n.191 del 1998 e s.m.i. poiché il telelavoro prevede lo spostamento, in tutto o in parte, della sede di lavoro dai locali aziendali ad altra sede (generalmente l'abitazione del lavoratore), ma il dipendente è vincolato, comunque, a lavorare da una postazione fissa e prestabilita, con gli stessi limiti di orario che avrebbe in ufficio. Il carico di lavoro, gli oneri e i tempi della prestazione, sono equivalenti a quelli dei lavoratori che svolgono la prestazione all'interno dei locali aziendali. Al contrario, il Lavoro Agile prevede che la prestazione lavorativa possa essere eseguita in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno ma senza stabilire una postazione fissa, anche se è preferibile, per facilitare l'assistenza tecnica al lavoratore da parte dell'Azienda, conoscere la sede e la dotazione in uso. Si può lavorare da qualsiasi luogo, non si timbra il cartellino e non si fanno pause in orari predefiniti.

Il responsabile di Struttura e il dipendente ridefiniscono in maniera flessibile le modalità, concordando comunque delle fasce orarie di reperibilità al fine di poter avere la certezza di un confronto diretto se necessario. Ciò su cui ci si focalizza è il raggiungimento di obiettivi e dei risultati.

Attività che possono essere svolte in modalità agile.

In linea generale possono essere svolte in regime di Lavoro Agile le attività che:

- ✓ *siano eseguibili attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche;*
- ✓ *possano essere remotizzabili e tali da non richiedere la costante presenza fisica del lavoratore in sede;*
- ✓ *prevedano l'utilizzo di documenti digitalizzabili;*
- ✓ *richiedano una concentrazione o una creatività particolare per la loro esecuzione;*
- ✓ *non richiedano una relazione costante con il responsabile della Struttura di appartenenza;*
- ✓ *siano pianificabili e verificabili nell'esecuzione e nella misurazione dei risultati.*

Destinatari

Legittimato a presentare domanda il personale dipendente in servizio presso la ASL Brindisi, sia del Comparto che della Dirigenza con contratto di lavoro a tempo determinato e indeterminato, tempo pieno o parziale, nel rispetto del principio di non discriminazione e di opportunità tra uomo e donna.

Criteri di assegnazione al lavoro agile:

1. Il Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 8.10.2021 stabilisce e le successive Linee guida confermano le seguenti condizionalità per il ricorso al lavoro agile:
 - a) l'invarianza dei servizi resi all'utenza;
 - b) l'adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza (sul punto si precisa che, in presenza di condizioni di difficoltà a lavorare in presenza, ad esempio figli in DAD o malati, la prevalenza può essere conteggiata sulla durata dell'Accordo e non sulla singola settimana);
 - c) l'adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile;
 - d) la necessità per l'amministrazione della previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato;
 - e) la fornitura di idonea dotazione tecnologica al lavoratore;
 - f) la stipula dell'accordo individuale di cui all'articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, cui spetta il compito di definire:
 - 1) gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile;

- 2) le modalità ed i tempi di esecuzione della prestazione;
- 3) le modalità ed i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in Lavoro Agile;
- g) il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti;
- h) la rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario.

2. In linea generale, i responsabili di struttura, nell'autorizzare il Lavoro Agile, tengono anche in debita considerazione i seguenti requisiti di carattere personale, quali ad esempio, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- a) l'affidabilità della persona;
- b) la capacità di lavorare in autonomia per conseguire gli obiettivi assegnati e di far fronte in autonomia ad eventuali imprevisti;
- c) la capacità di valutare criticamente il proprio operato e i risultati raggiunti;
- d) la capacità di gestione del tempo;
- e) le competenze informatiche.

Qualora venissero presentate istanze in numero ritenuto non sostenibile a livello organizzativo, i Direttori/Responsabili di Struttura adottano i seguenti criteri di priorità stabiliti da specifica normativa:

- ✓ dipendente portatore di handicap, debitamente certificato;
- ✓ lavoratori con figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'art. 3, c. 3 della L. 104/1992;
- ✓ condizione di lavoratrice nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall'art. 16 del D. Lgs. 151/2001;
- ✓ dipendenti genitori con figli di età inferiore ai 12 anni;
- ✓ dipendenti che assistono portatori di handicap in situazione di gravità, con adeguata documentazione o dipendenti caregiver.

Attori coinvolti nell'applicazione del lavoro agile

- a) Ufficio Formazione:

- recepisce la normativa vigente sulla base della quale definisce le linee guida applicative dell'istituto in Azienda, tramite il confronto con la Direzione strategica e l'Area Gestione del Personale;
- aggiorna i dipendenti dell'evoluzione normativa in materia tramite circolari a firma congiunta con l'Area Gestione del Personale;

b) l'Area Gestione del Personale, nell'ambito della gestione amministrativa:

- elabora e aggiorna il POLA;
- riceve, verifica e archivia gli accordi individuali ricevuti;
- inserisce sulla procedura cartellini la relativa autorizzazione;
- effettua le comunicazioni di legge al Ministero del Lavoro ai fini assicurativi;
- verifica le percentuali di lavoratori in regime di Lavoro Agile secondo gli aggiornamenti normativi sul punto;
- supporta le Direzioni di Struttura nel far fronte ad eventuali problematiche di tipo amministrativo che dovessero insorgere;

c) Dirigente responsabile di Struttura:

- garantisce il buon svolgimento delle funzioni di competenza e il rispetto dei tempi normativamente previsti per l'esecuzione delle proprie attività a prescindere dal regime in cui opera il personale;
- organizza il proprio ufficio, anche rivedendo i processi di competenza ed effettuando un'approfondita analisi organizzativa, nell'ottica di un miglioramento continuo e spostando l'attenzione dal controllo alla responsabilità dei risultati;
- mappa le attività che, nell'ambito della Struttura diretta, possono essere svolte in Lavoro Agile definendo e programmando le priorità e gli obiettivi di ciascun lavoratore in Lavoro Agile, verificandone il conseguimento e garantendo l'assenza di qualsiasi forma di discriminazione;
- concorre all'individuazione del personale da avviare alla modalità agile, anche alla luce della condotta dei dipendenti e favorisce la rotazione dello stesso, tesa ad assicurare, nell'arco temporale settimanale o plurisettimanale, un'equilibrata alternanza nello svolgimento dell'attività in modalità agile e di quella in presenza;

d) S.C. Sistemi Informativi Aziendali (S.I.A.)

Verifica l'attuabilità tecnica della prestazione da remoto in base alla dotazione del dipendente e definisce le relative misure di sicurezza tecnica e di comportamento anche per l'attività da remoto.

e) Servizio Prevenzione e Protezione (S.P.P.)

Fornisce le linee guida di comportamento anche per l'attività da remoto.

f) Responsabile Protezione Dati (R.P.D.)

Fornisce le linee guida di comportamento in materia di trattamento dati anche per l'attività da remoto.

g) Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)

Così come per gli indicatori definiti nel Piano della Performance, anche per quanto riguarda il POLA, il ruolo dell'OIV è fondamentale ai fini della valutazione della performance organizzativa.

Accordo individuale

L'accesso al lavoro agile è subordinato alla sottoscrizione di un accordo individuale tra il dipendente interessato e il Direttore/Dirigente responsabile, redatto in forma scritta ai fini della regolarità amministrativa e della prova ai sensi dell'art. 19 della Legge n. 81/2017. Tale accordo deve contenere i seguenti elementi:

- durata dell'accordo, avendo presente che lo stesso può essere massimo un anno, prorogabile;
- obiettivi da raggiungere;
- la tempistica prevista per il raggiungimento dell'obiettivo (settimanale/mensile/annuale);
- modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere da remoto;
- la strumentazione tecnologica necessaria per l'espletamento dell'attività e relativo software;
- luogo di prestazione del lavoro;
- i tempi di riposo del lavoratore nonché le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;
- modalità di recesso da parte del datore di lavoro, che può avvenire con un preavviso di 30 giorni fornendo specifica motivazione, mentre nel caso di lavoratori disabili tale preavviso deve essere reso nel termine di almeno 90 giorni.

Il dipendente dovrà rendicontare al proprio Direttore/Dirigente responsabile l'attività svolta in regime di Lavoro Agile ed i risultati raggiunti con cadenza periodica (su base settimanale o quindicinale o mensile).

Il Direttore/Dirigente responsabile dovrà verificare che l'accordo soddisfi tutti i requisiti di cui al presente Piano.

Il Lavoro Agile non modifica l'inquadramento e il livello retributivo del dipendente e consente le medesime opportunità rispetto ai percorsi professionali e alle iniziative formative, inoltre lo svolgimento della prestazione lavorativa, secondo questa modalità, non contempla il lavoro straordinario, le prestazioni aggiuntive, né i riposi compensativi.

Al dipendente in Lavoro Agile si applicano la normativa e gli accordi vigenti in materia di diritti sindacali. Nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile il comportamento del dipendente dovrà essere

improntato a principi di correttezza e buona fede e la prestazione dovrà essere svolta in conformità a quanto previsto dai CCNLL vigenti e a quanto indicato nel Codice di Comportamento Aziendale adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 2036 del 18.11.2014.

Ai sensi dell'art. 23, comma 1, della Legge n.81/ 2017 l'accordo per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità di Lavoro Agile e le sue eventuali modificazioni, sono oggetto delle comunicazioni di cui all'art.9 bis del D.L 510/1996 convertito dalla Legge n. 608/1996 attraverso l'apposita piattaforma informatica messa a disposizione sul portale dei servizi del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Dopo tali adempimenti, la Struttura suddetta provvederà ad informare il dipendente e il Direttore/Dirigente responsabile dell'effettivo avvio del lavoro agile.

Potere direttivo di controllo e disciplinare

Lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile, non modifica il potere direttivo e di controllo del proprio Direttore/Dirigente responsabile che sarà esercitato analogamente a quello applicato con riferimento alla prestazione resa presso i locali aziendali.

Il potere di controllo sulla prestazione resa al di fuori dei locali aziendali si espliciterà attraverso la verifica dei risultati ottenuti.

Restano fermi gli ordinari criteri di valutazione delle prestazioni secondo il sistema vigente per tutti i dipendenti.

Nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile il comportamento del dipendente dovrà essere improntato ai principi di correttezza e buona fede e la prestazione dovrà essere svolta sulla base di quanto previsto dai CCNLL vigenti e di quanto indicato nel Codice di Comportamento Aziendale della ASL Brindisi adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 2036 del 18.11.2014.

Nell'esecuzione delle prestazioni lavorative, in considerazione delle mansioni ricoperte e in relazione alle finalità legate all'espletamento delle suddette prestazioni lavorative, i dati ai quali il dipendente abbia accesso, devono essere trattati nel rispetto della riservatezza e degli altri diritti fondamentali riconosciuti all'interessato dal Regolamento UE 679/2016 GDPR e dal D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni.

Il trattamento dei dati deve avvenire in osservanza della normativa nazionale vigente, del Disciplinare UE sulla Protezione dei Dati Personali e delle eventuali apposite prescrizioni impartite dall'Amministrazione in qualità di Titolare del Trattamento.

Luoghi di lavoro

Nelle giornate di Lavoro Agile, il dipendente avrà cura di svolgere la propria attività lavorativa in luoghi rispondenti a requisiti di idoneità, sicurezza e riservatezza e idonei all'uso abituale di supporti informatici in modo da non compromettere l'incolumità e la riservatezza delle informazioni e dei dati trattati nell'espletamento del proprio lavoro.

E' necessario fornire preventivamente un'indicazione del luogo, al fine della corretta copertura INAIL in caso di infortuni di lavoro. Eventuali infortuni sul lavoro devono essere immediatamente comunicati alle strutture di appartenenza per i necessari adempimenti. L'individuazione di uno o più luoghi prevalenti può essere dettata da esigenze connesse alla prestazione lavorativa o dalla necessità di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative.

Ai sensi dell'art. 23 Legge n. 81/2017 il lavoratore è tutelato contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali.

Orario di lavoro e disconnessione

Il personale autorizzato al Lavoro Agile, può svolgere la prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro, ordinariamente da un minimo di quattro ad un massimo di otto giornate in un mese, da concordare con il Direttore/Dirigente responsabile della struttura di assegnazione.

L'attuazione del Lavoro Agile non modifica la regolamentazione dell'orario di lavoro applicata al dipendente, il quale farà riferimento al normale orario di lavoro con le caratteristiche di flessibilità temporali proprie del Lavoro Agile nel rispetto, comunque, dei limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

L'Azienda riconosce il diritto al lavoratore agile di non leggere e non rispondere ad email, telefonate o messaggi lavorativi e di non telefonare nella fascia oraria al di fuori di quella di contattabilità concordata con il proprio Direttore/Dirigente o durante l'eventuale pausa (diritto alla disconnessione).

Nell'eventualità di malfunzionamenti tecnici di qualsiasi natura tali da comportare disagi nell'espletamento dell'attività di servizio, il dipendente è tenuto a darne tempestiva comunicazione al Direttore/Dirigente responsabile della struttura di appartenenza, che potrà valutare il rientro presso la sede di lavoro per la parte residua della giornata lavorativa e comunque fino alla risoluzione del problema.

L'Azienda in presenza di situazioni emergenziali, nonché per esigenze di servizio rappresentate dal Direttore/Dirigente di riferimento, si riserva di richiedere la presenza in sede del dipendente.

La giornata di Lavoro Agile è suddivisa in due fasce:

- fascia di svolgimento attività standard: 08.00 - 20.00. Durante tale fascia di attività il lavoratore è contattabile attraverso gli strumenti di comunicazione in dotazione e viene garantita una fascia di reperibilità telefonica da riportare nell'accordo individuale; nel caso in cui l'articolazione oraria della giornata preveda anche la prestazione in orario pomeridiano, può essere prevista un'ulteriore fascia di contattabilità, salvo diversi accordi intercorsi tra il dipendente e il proprio Direttore/Dirigente responsabile in caso di particolari esigenze di servizio.
- fascia di disconnessione standard: 20.00 - 08.00. Durante tale fascia non è richiesto lo svolgimento della prestazione lavorativa, la lettura delle mail, la risposta alle telefonate e ai messaggi, l'accesso e la connessione al sistema informativo dell'Amministrazione.

Nei giorni di lavoro agile non sono configurabili prestazioni supplementari, lavoro straordinario, festivo, notturno, di conseguenza, riguardo alla giornata di Lavoro Agile, sono computate, per il personale del comparto un massimo di 6.00 – 7.12 ore giornaliere, a seconda del profilo orario attribuito, mentre per il personale dirigente sono riconosciute 6.20 – 7.36 ore secondo il calendario settimanale di attività, ovvero il diverso orario giornaliero risultante dall'eventuale contratto part – time.

L'attestazione della presenza in servizio, nelle giornate di svolgimento dell'attività lavorativa agile, deve essere effettuata secondo le ordinarie modalità, tramite utilizzo dell'apposita causale giustificativa a intera giornata.

Il dipendente è tenuto a rispettare le norme sui riposi e sulle pause previste per legge e dalla contrattazione collettiva nazionale ed integrativa in materia di salute e sicurezza. In particolare l'obbligo di pausa è obbligatorio dopo 6 ore di lavoro.

Strumentazione tecnologica

Per il corretto svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile l'Amministrazione sarà tenuta a fornire al dipendente idonea strumentazione tecnologica in relazione alla specifica attività da svolgere e a garantirne la conformità alle disposizioni vigenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

Per accedere alle applicazioni potrà essere utilizzata esclusivamente la connessione Internet fornita dall'Azienda che consentirà la raggiungibilità delle stesse da remoto (Cloud o in alternativa, VPN o accessi in desktop remoto ai server) stabilendo, altresì, che in nessun caso il lavoratore agile, nello svolgimento delle ordinarie prestazioni di servizio, potrà utilizzare un'utenza personale o domestica.

Il dipendente dovrà utilizzare la dotazione tecnologica in conformità alle istruzioni ricevute, e soltanto per le finalità strettamente correlate alla prestazione lavorativa, prestando tutta la necessaria diligenza nella custodia della stessa in modo tale da evitarne il danneggiamento e lo smarrimento.

La manutenzione della strumentazione e dei relativi software è a carico dell'Amministrazione.

L'utilizzo di supporti informatici correlati allo svolgimento della prestazione lavorativa di proprietà del dipendente può essere consentita, in via eccezionale, per il periodo necessario all'acquisizione da parte dell'Azienda della strumentazione idonea.

Eventuali impedimenti tecnici allo svolgimento dell'attività lavorativa durante il Lavoro Agile dovranno essere tempestivamente comunicati al proprio Direttore/Dirigente responsabile, per la soluzione del problema, coinvolgendo il Servizio Sistemi Informativi.

Formazione

Al fine di accompagnare il percorso di introduzione e consolidamento del Lavoro Agile, nell'ambito delle attività del piano della formazione, saranno previste specifiche iniziative formative per il personale autorizzato a tale modalità di svolgimento della prestazione lavorativa.

Riservatezza, privacy e sicurezza sul lavoro

Al Lavoro Agile si applicano le disposizioni in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori in particolare quelle di cui al D.lgs. 81/2008 e della L. 81/2017 avente ad oggetto "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato".

Riguardo alla sicurezza sul lavoro l'Amministrazione:

- garantisce la conformità alla normativa di sicurezza degli strumenti tecnologici assegnati;
- consegna annualmente al lavoratore e al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, e, comunque, prima dell'avvio dell'attività, un'informativa scritta nella quale sono individuati i rischi generali e quelli specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione della prestazione.

Il dipendente è tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dall'Amministrazione per fronteggiare i rischi.

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

Il lavoratore è altresì tutelato contro gli infortuni sul lavoro occorsi durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello prescelto per lo svolgimento della prestazione lavorativa all'esterno dei locali aziendali, nei limiti e alle condizioni di cui al terzo comma dell'articolo 2 del testo unico delle disposizioni

per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni, quando la scelta del luogo della prestazione sia dettata da esigenze connesse alla prestazione stessa o dalla necessità del lavoratore di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative e risponda a criteri di ragionevolezza.

Il lavoratore che svolge la propria prestazione in modalità di Lavoro Agile è comunque tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione indicate dal datore di lavoro, al fine di fronteggiare eventuali rischi connessi all'esecuzione della prestazione all'esterno dei locali aziendali.

In occasione dello svolgimento della prestazione lavorativa il dipendente dovrà custodire con diligenza la documentazione, i dati e le informazioni ottenuti in ragione del servizio, attenersi scrupolosamente alle istruzioni ricevute dal Dirigente responsabile in relazione all'esecuzione del lavoro, nonché al rispetto di quanto previsto dal Regolamento UE n. 679/2016 e del Dlgs. n. 196/2003 in materia di privacy e protezione dei dati personali.

Il dipendente dovrà tempestivamente informare il Direttore/Dirigente responsabile e il DPO nel caso in cui si verifici, nell'ambito della sua attività, una violazione dei dati personali oggetto del trattamento che metta a rischio i diritti e le libertà delle persone fisiche.

L'Amministrazione rende accessibile al dipendente tutte le informazioni e i documenti necessari all'esecuzione delle proprie mansioni, rimanendo comunque obbligata alla protezione degli stessi e adotta misure e soluzioni tecniche idonee a prevenire la perdita nonché la diffusione dei dati, tanto nel rispetto dei principi di riservatezza nei confronti del dipendente, quanto a tutela dei propri interessi aziendali.

Esperienza di Lavoro Agile nella ASL Brindisi

La Asl Brindisi ha attivato il lavoro Agile durante il periodo pandemico nella forma semplificata prevista dal Decreto Legge n. 18 del 17 marzo 2020, convertito con modificazioni dalla L. n. 27 del 24 aprile 2020.

Con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 995/GC del 18.04.2023 si approvava il Regolamento per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità *Smart-Working*-Lavoro Agile, ai sensi della legge 22 maggio 2017, n.81.

Sezione 3.3:

Piano triennale dei

Fabbisogni di Personale

N. 1939/23/GC__ del registro delle deliberazioni

N. Proposta 2264-23/GC_____

AREA GESTIONE PERSONALE – HUMAN RESOURCES AREA

U.O. ASSUNZIONI, CONCORSI E GESTIONE DELLE DOTAZIONI ORGANICHE – RECRUITMENT COMPETITIONS AND ORGANIC ENDOWMENTS

OGGETTO: Piano Triennale Fabbisogno del personale 2022-2024 ASL BR. Adozione provvisoria.

Il giorno 27/07/2023 presso la sede della Azienda Sanitaria Locale BR sita in Brindisi alla Via Napoli, 8.

Sull'argomento in oggetto, il Direttore della U.O.C. Area Gestione del Personale dott.ssa **Caterina DIODICIBUS** e il Dirigente Responsabile della U.O.S. Assunzioni, Concorsi e Gestione del Ruolo dott. **Luigi SPINA**, sulla base dell'istruttoria effettuata dal Collaboratore Tecnico Informatico, Ing. **Daniele RISO**, relaziona quanto appresso:

Premesso che:

- con deliberazione ASL BR n. 3200 del 20/12/2022, modificata ed integrata dalla deliberazione ASL BR n. 3284 del 23/12/2022, con la quale l'ASL BR ha adottato provvisoriamente il Piano Triennale del Fabbisogno 2021-2023;
- con D.G.R. n. 1980 del 22/12/2022 la Regione Puglia ha preso atto dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2021-2023 delle Aziende ed Enti SSR.

Vista la D.G.R. n. 1818 del 12/12/2022 con la quale, tra l'altro, è stato assegnato all'ASL BR il tetto di spesa per il personale, ai fini della predisposizione del PTFP 2021-2023, pari a 180.662.857€.

Vista la D.G.R. n. 261 del 06/03/2023 con la quale:

- sono state fornite le linee guida per l'adozione dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) Aziende ed Enti del SSR, a modifica ed integrazione della DGR n. 2416/2018 e della DGR n. 2452/2019
- sono stati forniti i nuovi modelli da compilare per la predisposizione del PTFP 2022-2024 tra cui l'allegato 1 denominato "PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE PTFP 2022-2024 -MODELLO COMPILAZIONE" e l'allegato 2 denominato "PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE PTFP 2022-2024 – PROSPETTO COSTI PTFP"
- si è recepita la "Metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio Sanitario Nazionale" ex schema Decreto ministeriale di cui all'Intesa Conferenza Stato-Regioni Rep. Atti n. 267/CSR del 21/12/2022.
- si è disposto, tra l'altro, che i Piani del Fabbisogno di Personale (PTFP) di ciascuna Azienda od Ente del S.S.R. dovranno essere formulati nel rispetto dei tetti di spesa assegnati con DGR n. 1818 del 12/12/2022, da intendersi quale limite di spesa invalicabile, salvo diverse disposizioni regionali in materia di aggiornamento del tetto complessivo regionale, in ragione del finanziamento del Fondo Sanitario Regionale;

Vista la D.G.R. n. 412 del 28/03/2023 avente ad oggetto: "Analisi e valutazione della spesa sanitaria – L.R. n. 2/2011- Programma operativo – Misure urgenti di riqualificazione e razionalizzazione della spesa";

Vista la D.G.R. n. 640 del 10/05/2023 avente ad oggetto: "Attuazione deliberazione di Giunta regionale n. 412 del 28/03/2023. Disposizioni in materia di personale del S.S.R. e Sanitaservice e modifica deliberazione di Giunta Regionale n. 261 del 06/03/2023.", con la quale sono state impartite disposizioni alle Aziende del S.S.R. in materia di personale;

Vista la Determina Dirigenziale n. 136 del 17/05/2023 avente ad oggetto: "DGR n. 640 del 10/05/2023. Integrazione modello di predisposizione dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) delle Aziende ed Enti del SSR adottato con DGR n. 261 del 06/03/2023, secondo le finalità ex D.L. 34/2020 conv. in L. n. 77/2020 e del D.M. n. 77/2022.", con la quale si è provveduto:

- ad integrare il modello di predisposizione dei PTFP aziendali approvato con deliberazione di Giunta Regionale n. 261 del 06/03/2023, e specificatamente il prospetto di cui all'All. 1) che è parte integrante e sostanziale del succitato provvedimento ed è da intendersi quale prospetto integrativo di dettaglio del fabbisogno di personale destinato alle finalità di cui al D.L. 34/2020 convertito in Legge n. 77/2020 e al D.M. n. 77/2022;
- alla parziale modifica ed integrazione del prospetto denominato "Costi PTFP" di cui al modello di predisposizione dei PTFP approvato con deliberazione di Giunta regionale n. 261 del 06/03/2023, all'adozione del prospetto di cui all'All. 2) quale parte integrante e sostanziale del succitato provvedimento, comprensivo dei riferimenti alle voci di costo che la citata Circolare RGS n. 9 del 17.02.2006 include espressamente ai fini del vincolo di spesa 2004-1,4%, e delle quote percentuali standard rideterminate con deliberazione di Giunta regionale n. 640 del 10/05/2023 in misura pari al -20,80% per il personale del Comparto e pari al -17,72% per il personale dei ruoli dirigenziali, da applicarsi in detrazione da parte di ciascuna Azienda ed Ente del SSR rispetto al costo complessivo del fabbisogno di personale;

- alla predisposizione dell'allegato 3 denominato "PROSPETTO DI DETTAGLIO FABBISOGNO DI PERSONALE PER FINALITA' EX D.L. 34/2020 CONV. IN L. N. 77/2020 E D.M. N. 77/2022".

Visto il D.L. n. 18/2020, convertito con modificazioni in L. n. 27/2020, e ss.mm.ii.;

Visto il D.L. n. 34/2020, convertito in L. n. 77/2020 (in particolare, le previsioni di cui all'art. 1, commi 4, 5 e 8 e all'art. 2 commi 1, 5 e 7), con il quale è stato stabilito che le Regioni possono incrementare la spesa di personale, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia, sulla base degli importi ivi assegnati alla Regione Puglia a decorrere dall'anno 2021 e per le sole finalità ivi espressamente individuate dal legislatore nazionale, come di seguito indicato:

| FINALITA' EX D.L. 34/2020 CONVERTITO IN L. N. 77/2020 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| art. 1 | | | art. 2 | |
| comma 4 | comma 5 | comma 8 | comma 5 | commi 1 e 7 |
| Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) | Infermiere di famiglia o di comunità | Centrali Operative di coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali | Potenziamento trasporto dedicato | Potenziamento Terapia Intensiva e reparti alta intensità di cure |

Visto il D. M. n. 77/2022 recante "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", finalizzato al potenziamento dei servizi assistenziali territoriali come di seguito indicati:

| FINALITA' EX D.M. N. 77/2022 | | |
|--|-------------------------------|----------------------------|
| Unità di Continuità Assistenziale | Centrali Operative COT | Case della Comunità |

Richiamate le note del Dipartimento Promozione della Salute – Regione Puglia prot. n. AOO_005 6419 del 27.09.2022 avente ad oggetto: "Valorizzazione stabilizzazioni personale SSR. Comunicazioni e richiesta dati." e prot. n. AOO_183/PROT/11/10/2022/0012987 avente ad oggetto: "Nota AOO_005 6419 del 27.09.2022 Valorizzazione stabilizzazioni personale SSR. Richiesta verifica URGENTE.", riscontrate dall'ASL BR rispettivamente con nota prot. n. 79400 del 04/10/2022 e con nota prot. n. 82435 del 13/10/2022 con le quali, in particolare, sono stati compilati i file excel riportanti le voci di spesa di cui al seguente prospetto:

| AZIENDA | A | SPESA ATTUALMENTE SOSTENUTA RISPETTO AL TETTO DI SPESA ASSEGNATO | COSTO COMPLESSIVO STABILIZZAZIONI | B | QUOTA COSTO STAB.NI OLTRE TETTO DI SPESA | QUOTA % COSTO STAB.NI OLTRE TETTO DI SPESA | C | D | E | SCOSTAMENTO [A+B+C+D] | SCOSTAMENTO [E-A] |
|---------|---------------------------------|--|-----------------------------------|-------------|--|--|-------------|---------------|-------------|-----------------------|-------------------|
| | TETTO DI SPESA EX DGR 2293/2018 | | | | | | | | | | |
| ASL BR | 176.416.863 € | 174.739.750 € | 13.106.935 € | 8.567.570 € | 65% | | 1.291.394 € | 186.275.827 € | 9.858.964 € | | |

Viste in particolare:

- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1818 del 12/12/2022 avente ad oggetto "Avvio procedure di stabilizzazione del personale del SSR ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D. Lgs. n. 75/2017 e dell'art. 1, comma 268, lett. b), primo periodo, della L. 234/2021. Ulteriori disposizioni in materia di personale. Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta Regionale n. 1896 del 22/11/2021, con la quale si stabiliva quanto segue: "La copertura finanziaria della spesa del personale, comprensiva anche della quota di personale da stabilizzare, rinviene dalla quota percentuale di incremento atteso del Fondo Sanitario Regionale, delle cessazioni anno 2023 – 2024 (stimate in circa 22.000.000,00) nonché dall'applicazione delle previsioni, di cui al comma 10 dell'art. 2 del D. L. n. 34/2020, convertito in Legge n. 77/2020";
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 640 del 10/05/2023 avente ad oggetto: "Attuazione deliberazione di Giunta regionale n. 412 del 28/03/2023. Disposizioni in materia di personale del S.S.R. e Sanitaservice e modifica deliberazione di Giunta Regionale n. 261 del 06/03/2023." Con la quale si stabiliva quanto segue: "come già precisato con la deliberazione di Giunta regionale n. 1818/2022, la quota eccedente il tetto di spesa ha trovato copertura attingendo dal finanziamento ministeriale ex D.L. n. 34/2020, verificata la coerenza del personale assunto con le finalità assistenziali previste dalla normativa in materia."

Precisato che il tetto di spesa del personale assegnato all'ASL BR con la precitata D.G.R. n. 1818 del 12/12/2022, pari ad 180.662.857 €, non ha tenuto conto del costo delle stabilizzazioni, ai sensi del D. Lgs n. 75/2017 e ss. mm. ii. e L. n. 234/2021, riguardanti il personale avente diritto ma non in servizio nell'anno 2022. Tale costo quindi, comunicato dall'ASL BR con le due note succitate, non rientrava nella "SPESA PRECONSUNTIVA 2022" indicata nel predetto provvedimento Regionale;

Dato atto che il piano annualmente predisposto può essere modificato, di anno in anno, in relazione alle mutate esigenze di contesto normativo, organizzativo o funzionale.

Ritenuto quindi necessario procedere, sulla base di quanto previsto dalle linee di indirizzo, e in conformità alle disposizioni contenute nelle succitate Deliberazioni di Giunta Regionale, all'approvazione in via provvisoria del Piano Triennale del Fabbisogno del Personale 2022-2024, come da allegati 1, 2 e 3 al presente provvedimento, quali parti integranti e sostanziali e all'invio alla

Regione Puglia dello stesso per la relativa approvazione, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 6 ter comma 5 del D.lgs. n. 165/2001 e confermato dalle Linee di indirizzo ministeriali.

Evidenziato che, il Piano triennale del fabbisogno di personale per il triennio 2022-2024, in continuità con il PTFP 2021-2023, costituisce la cornice programmatica per l'adozione dei provvedimenti aziendali inerenti la copertura del fabbisogno aziendale;

Preso atto che il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale 2022-2024, così come rappresentato nell'allegato 1 quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, è stato predisposto nel rispetto del prescritto vincolo finanziario, definendo gli spazi assunzionali in base alle esigenze assistenziali e di concerto con la Direzione Strategica Aziendale;

Precisato che, la determinazione del costo per singolo profilo e categoria, è stata effettuata secondo il metodo del "costo medio per profilo", includendo le voci retributive che gravano sul bilancio, comprensive degli oneri e dell'IRAP a carico dell'Azienda. A questo dato viene poi aggiunta in forma aggregata la spesa rinveniente dalla quantificazione dei fondi contrattuali (comprensiva di oneri ed IRAP a carico dell'Azienda);

Preso atto del parere favorevole al PTFP 2022-2024 espresso dal Collegio Sindacale nella seduta del 12.7.2023;

Vista la "Relazione metodologica" allegata alla presente proposta di provvedimento, nella quale viene fornito il dettaglio degli elementi normativi e metodologici, nonché delle valutazioni di carattere strategico che hanno determinato, quale risultato di sintesi, il Piano di Fabbisogno del Personale 2022-2024;

Accertato che:

- i predetti costi, ovvero la spesa complessiva per il personale a Tempo Indeterminato e Tempo Determinato, al netto dei rinnovi contrattuali e delle categorie protette, è rispettosa del limite di cui all'art.1 comma 71 della L. 191/09 definito per quest'Azienda con la succitata DGR n. 1818/2022 nel valore pari ad € 180.662.857 e confermato dalla D.G.R. n. 261 del 06/03/2023;
- la consistenza complessiva dei profili professionali di "Dirigente Amministrativo" e personale di comparto "Amministrativo", rispetta il limite percentuale approvabile del 12% rispetto al totale del personale;

Il Collaboratore Tecnico Professionale (Ing. Daniele RISO)

f.to

Il Dirigente Responsabile dell'U.O.S.

"Assunzioni, concorsi e gestione delle dotazioni organiche" (Avv. Luigi SPINA)

ASSENTE

Il Direttore Area Gestione del Personale (Dr.ssa Caterina DIODICIBUS)

f.to

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. Giovanni GORGONI, nominato quale Commissario Straordinario dell'A.S.L. di Brindisi con Deliberazione della Giunta Regionale Pugliese n. 233 del 3.3.2023, coadiuvato dal Direttore Amministrativo Dott. Andrea CHIARI e dal Direttore Sanitario Dott. Vito CAMPANILE.

Esaminata e fatta propria l'istruttoria del Collaboratore Tecnico Informatico Ing. Daniele RISO e la relazione del Dirigente Responsabile della U.O.S. Assunzioni e Concorsi dott. Luigi SPINA e del Direttore Area Gestione del Personale Dott.ssa Caterina DIODICIBUS;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, ciascuno per la propria competenza;

DELIBERA

Per tutte le ragioni indicate in narrativa, che qui si intendono integralmente riportate per farne parte integrante e sostanziale:

1. **adottare in via provvisoria**, in subordine alle determinazioni che saranno assunte in merito dalla Regione Puglia – Dipartimento Promozione della Salute, del benessere sociale e dello sport per tutti, il Piano del fabbisogno di personale dell'ASL BR per il triennio 2022-2024 come riportato nell'allegato 1, 2 e 3 al presente atto deliberativo;
2. **approvare** la "Relazione metodologica", allegata al presente atto deliberativo;
3. **trasmettere** il presente atto deliberativo alla Regione Puglia – Dipartimento Promozione della Salute, del benessere sociale e dello sport per tutti, al Collegio Sindacale dell'Azienda, alle Rappresentanze sindacali territoriali ed Aziendali del Comparto, della Dirigenza Area Sanità e della Dirigenza Area Funzioni Locali.

Il Direttore Amministrativo (Dott. Andrea CHIARI)

f.to

Il Direttore Sanitario (Dott. Vito CAMPANILE)

f.to

Il Commissario Straordinario (Dott. Giovanni GORGONI)

f.to

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BRINDISI

| PER COPIA CONFORME AD USO AMMINISTRATIVO | CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE |
|---|--|
| Brindisi _____ Il Responsabile _____ | PUBBLICATA ALL'ALBO PRETORIO ON LINE DI QUESTA AZIENDA SANITARIA Dal <u>28/07/2023</u> al _____ Data _____ Il Responsabile _____ |

RELAZIONE METODOLOGICA ALLEGATA AL PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE DELL'ASL BR 2022 – 2024

PREMESSA

Con deliberazione D.G. n. 3200 del 20/12/2022, modificata ed integrata con deliberazione D.G. n. 3284 del 22/12/2022 questa Azienda ha adottato in via provvisoria il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2021-2023.

Con D.G.R n. 1818 del 22/12/2022 avente ad oggetto: “Art. 6 D.lgs. 165/2001; D.M. 8/5/2018 –Preso d’atto Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2021-2023 delle Aziende ed Enti SSR. Prima valutazione”, la Regione Puglia ha preso atto dei PTFP 2021-2023 delle Aziende ed Enti del SSR.

Con la successiva D.G.R. n. 261 del 06/03/2023 è stato mandato alle AA.SS.LL. regionali di predisporre il nuovo PTFP 2022-2024.

Con la presente relazione si intende esporre la metodologia utilizzata per la determinazione del fabbisogno di personale, per la quale si è tenuto conto dei seguenti elementi:

- **Linee di indirizzo** per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche” adottate con Decreto 8 maggio 2018 della Presidenza del Consiglio dei ministri Dipartimento della Funzione Pubblica, pubblicato in GU Sezione Generale n. 173 del 27/07/2018;
- **Limiti di spesa** di cui all’art. 11 del D. L. 35/2019, convertito in L. n. 60/2019, e quantificato dalla Regione Puglia con la DGR n. 1818 del 12/12/2022 e confermato con DGR n. 640 del 10/05/2023;
- **Prescrizioni ministeriali e regionali su Fabbisogno Ospedaliero**, che hanno fissato i parametri FTE min e FTE max entro cui individuare il fabbisogno delle strutture ospedaliere:
 1. **DGR 21/12/2018 n. 2416:** Linee guida regionali per l’adozione dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) delle Aziende ed Enti del S.S.R.;
 2. **DGR n. 261 del 06/03/2023** avente ad oggetto “Linee Guida Regionali per l’adozione dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale PTFP delle Aziende ed Enti del SSR. Modifica ed integrazione DGR n. 2416/2018 e DGR n. 2452/2019. Recepimento “Metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio Sanitario Nazionale ex schema Decreto Ministeriale di cui all’intesa Conferenza Stato-Regioni Rep. Atti n. 267/CSR del 21/12/2022”;

MODALITÀ DI CALCOLO DELLA SPESA DEL PERSONALE

La determinazione del costo per singolo profilo e categoria è stata effettuata secondo il metodo del “costo medio per profilo”, includendo le voci retributive che gravano sul bilancio, comprensive degli oneri e dell’IRAP a carico dell’Azienda. A questo dato viene poi aggiunta in forma aggregata la spesa rinveniente dalla quantificazione dei fondi contrattuali (comprensiva di oneri ed IRAP a carico dell’Azienda).

Al fine del calcolo della spesa di personale, per la verifica del limite di cui all’art. 11 del D. L. 35/2019, convertito in L. n. 60/2019, e quantificato dalla Regione Puglia con la DGR n. 1818 del 12/12/2022 e confermato con DGR n. 640 del 10/05/2023:

- non va computata la spesa per personale appartenente alle categorie protette (L. 68/1999), come precisato dalle Circolari della Funzione Pubblica Prot. N. 46078 del 18/10/2010 e Prot. N. 11786 del 22/02/2011;
- non va computata la spesa per il personale della Sanità Penitenziaria;
- non va computata la spesa per il personale per le assunzioni effettuate ai sensi del D.L. n. 34/2020 e del D.M. 77/2022;

RISPETTO DELL'EQUILIBRIO FINANZIARIO

Nel prospetto seguente si evidenzia, per ciascuna delle annualità **2022 – 2024**, la verifica del rispetto del limite di spesa di cui all'art. 11 del D. L. 35/2019, convertito in L. n. 60/2019, quantificato dalla Regione Puglia con la DGR n. 1818 del 12/12/2022 e confermato con DGR n. 640 del 10/05/2023 in € 180.662.857,00:

| | | COSTO PTFP ANNO 2022 | COSTO PTFP ANNO 2023 | COSTO PTFP ANNO 2024 | |
|-------------------|--|--|---------------------------------|---------------------------------|-----------------|
| [A] | COSTO COMPLESSIVO FABBISOGNO DI PERSONALE | 236.014.860,96 € | 236.014.860,96 € | 236.014.860,96 € | |
| [A ₁] | <i>SPESE PERSONALE IN CONVENZIONE EX ART. 58, COMMA 2, LETT. A) CCNL DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA, STIPULATO L'8.06.2000 (ORA ART. 117, COMMA 2, LETT. A), CCNL 19.12.2019 AREA SANITÀ) (DI CUI DEL CAMPO [A])</i> | | | | |
| [A ₂] | <i>ALTRE SPESE DI CUI ALLA CIRCOLARE RGS N° 9 DEL 17/02/2006 (DI CUI DEL CAMPO [A])</i> | | | | |
| [B] | VOCI DA ESCLUDERE (CIRCOLARE RGS N° 9 DEL 17/02/2006) | COSTO PERSONALE DELLA SANITÀ PENITENZIARIA (INCLUDE LE REMS) | 846.282,05 € | 846.282,05 € | 846.282,05 € |
| | | COSTO PERSONALE CLASSIFICATO EX LEGGE N. 68/1999 (DISABILI E CATEGORIE PROTETTE) | 7.952.987,62 € | 7.952.987,62 € | 7.952.987,62 € |
| | | COSTO PERSONALE FINANZIATO CON CONTRIBUTI PROVENIENTI DA PRIVATO | | | |
| | | COSTO PERSONALE FINANZIATO CON CONTRIBUTI PROVENIENTI DALL'UNIONE EUROPEA | | | |
| | | COSTO PERSONALE FINANZIATO CON FONDI DESTINATI ALLA RICERCA | | | |
| | | SPESE PER LA FORMAZIONE E LE MISSIONI (INDENNITÀ E RIMBORSI) | 370.000,00 € | 370.000,00 € | 370.000,00 € |
| | | RINNOVI CONTRATTUALI (QUOTE STANDARD PARI AL 17,72% PER LA DIRIGENZA E AL 20,8% PER IL COMPARTO) | 46.186.048,20 € | 46.186.048,20 € | 46.186.048,20 € |
| [C]=[A]-[B] | COSTO FABBISOGNO AL NETTO DELLE VOCI DA ESCLUDERE | 180.659.543,08 € | 180.659.543,08 € | 180.659.543,08 € | |
| [D] | TETTO DI SPESA ASSEGNATO CON DGR N. 1818 DEL 12/12/2022 | 180.662.857,00 € | 180.662.857,00 € | 180.662.857,00 € | |
| [E]=[D]-[C] | RISORSE A DISPOSIZIONE | 3.313,92 € | 3.313,92 € | 3.313,92 € | |
| [F] | FABBISOGNO DL 34_2020 - DM 77_2022 | 6.557.566,58 € | 6.557.566,58 € | 6.557.566,58 € | |
| (G)=(D)+(F) | TOTALE SPESA FABBISOGNO + FABBISOGNO DL 34_2020 - DM 77_2022 | 187.217.109,67 € | 187.217.109,67 € | 187.217.109,67 € | |

STRUMENTI E OBIETTIVI DEL RECLUTAMENTO DI NUOVE RISORSE E DELLA VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE INTERNE

Nel triennio di riferimento questa Azienda procederà alla copertura dei posti vacanti, determinati come differenza tra il PTFP 2022 – 2024 e il personale in servizio a tempo indeterminato, fatta eccezione per le categorie protette e per le procedure interne di cui si dirà nell'apposito paragrafo, secondo le modalità previste dalla normativa vigente e nel rispetto delle indicazioni regionali, tenuto altresì conto delle procedure concorsuali già bandite e dei piani assunzionali che, nel rispetto delle tempistiche date, verranno elaborati con valenza trimestrale.

Categorie Protette

La Legge n. 68 del 12/03/1999 recante le “norme per il diritto al lavoro dei disabili”, ha come finalità la promozione e l’inserimento dell’integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato.

Con nota ASL BR prot. n. 27201 del 23/03/2023 questa Azienda ha comunicato all’ARPAL Puglia l’intenzione di bandire concorsi pubblici riservati ai soggetti di cui alla L. 68/99 per i seguenti profili professionali:

| Profilo professionale | Posti da coprire |
|------------------------------|-------------------------|
| Collaboratori Amministrativi | 40 |
| Assistenti informatici | 2 |
| Assistenti tecnici | 2 |
| Collaboratori ingegneri | 3 |
| Assistenti sociali | 4 |

Progressioni interne

Sono attualmente in corso le procedure interne ai sensi dell’art. 3, comma 1, del D.L. n. 80 del 9/6/2021 convertito con modificazioni nella Legge n. 113 del 6/8/2021 (che ha sostituito il comma 1 bis dell’art. 52 del D. Lgs n. 165/2001), già programmate con il PTFP 2020 – 2022, adottate con deliberazione n. 2640 del 31/10/2022, modificata dalla deliberazione D.G. n. 2845 del 11/11/2022, per i seguenti profili professionali:

| PROGRESSIONE | PROFILO PROFESSIONALE | NUMERO DI POSTI |
|---------------------|---|------------------------|
| A – B | Coadiutore Amministrativo | 12 |
| B-BS | Operatore Tecnico Specializzato Autista Ambulanza | 5 |
| B-BS | Coadiutore Amministrativo Esperto | 8 |
| B-BS | Operatore Tecnico Specializzato | 1 |
| B/BS- C | Assistente Amministrativo | 8 |
| BS – C | Operatore Tecnico Specializzato Esperto | 2 |
| C-D | CPS Dietista | 1 |
| C-D | Collaboratore Tecnico Professionale Ingegnere Biomedico | 1 |
| C-D | Collaboratore Tecnico Professionale Ingegnere Informatico | 1 |
| D-DS | CPS Assistente Sociale Esperto | 2 |
| D-DS | Collaboratore Amministrativo Professionale Esperto | 3 |
| D-DS | CPS Ostetrica Esperta | 1 |
| D-DS | CPS Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico Esperto | 1 |
| D-DS | CPS Tecnico Sanitario Radiologia Medica Esperto | 2 |

TABELLA COMPARATIVA, PER PROFILO PROFESSIONALE, DELLA CONSISTENZA DI PERSONALE PTFP 2022-2024 vs PTFP 2021-2023

| Profilo professionale | PTFP 2022-2024 | PTFP 2021-2023 |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Collaboratore professionale sanitario Educatore Professionale | 1 | 1 |
| Assistente Amministrativo | 106 | 99 |
| Assistente Tecnico | 13 | 10 |
| Ausiliario Specializzato | 33 | 37 |
| Coadiutore Amministrativo | 94 | 86 |
| Collaboratore Amministrativo | 126 | 78 |
| Collaboratore Professionale Assistente Sociale | 44 | 40 |
| Collaboratore Professionale Sanitario Assistente Sanitario | 44 | 36 |
| Collaboratore Professionale Sanitario Dietista | 10 | 8 |
| Collaboratore Professionale Sanitario Fisioterapista | 77 | 79 |
| Collaboratore Professionale Sanitario Igienista Dentale | 1 | 1 |
| Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere | 1813 | 1804 |
| Collaboratore Professionale Sanitario Logopedista | 9 | 5 |
| Collaboratore Professionale Sanitario Ortottista | 6 | 4 |
| Collaboratore Professionale Sanitario Ostetrica | 70 | 71 |
| Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico della Prev. Ambiente e nei Luoghi di Lavoro | 82 | 69 |
| Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico dell'educazione e riabilitazione psichiatrica e psicosociale | 11 | 10 |
| Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Laboratorio Biomedico | 102 | 94 |
| Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Neurofisiopatologia | 7 | 6 |
| Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Radiologia Medica | 140 | 133 |
| Collaboratore Professionale Sanitario terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva | 7 | 0 |
| Collaboratore Professionale Spec. Comunicazione Istituz. | 3 | 2 |
| Collaboratore Tecnico Professionale | 29 | 25 |
| Commesso | 76 | 102 |
| Direttore Amministrativo Strutt Complessa | 7 | 7 |
| Direttore Avvocato / Procuratore Legale Strutt Complessa | 1 | 1 |
| Direttore Ingegnere Strutt Complessa | 1 | 1 |
| Direttore Medico | 60 | 46 |
| Direttore Sanitario Farmacista | 2 | 2 |
| Direttore Veterinario | 3 | 1 |
| Dirigente Amministrativo | 17 | 16 |
| Dirigente Avvocato / Procuratore Legale | 3 | 3 |
| Dirigente Ingegnere | 6 | 4 |
| Dirigente Medico | 805 | 653 |
| Dirigente Professioni Sanitarie | 4 | 2 |
| Dirigente Sanitario Biologo | 21 | 21 |
| Dirigente Sanitario Farmacista | 31 | 31 |
| Dirigente Sanitario Fisico | 5 | 5 |
| Dirigente Sanitario Psicologo | 33 | 35 |
| Dirigente Veterinario | 26 | 23 |
| Operatore Socio Sanitario | 479 | 503 |
| Operatore Tecnico | 99 | 103 |
| Operatore Tecnico Specializzato | 45 | 38 |
| Totale complessivo | 4552 | 4295 |

Si rappresenta altresì che, rispetto alla declaratoria dei profili professionali indicati dalla Regione nella DGR n. 261/2023, questa Direzione ha ritenuto opportuno inserire i seguenti profili professionali:

- Collaboratore Professionale Sanitario Terapista Neuro e psicomotricità età evolutiva (n. 7 unità);
- Collaboratore Professionale Sanitario Educatore Professionale (n. 1 unità);

per i quali ha previsto il relativo fabbisogno.

PIANO TRIENNALE DEL FABBOSCONO DI PERSONALE (FFPP) 2023-2024
MODULO COMPILAZIONE

Table with 30 columns: A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U, V, W, X, Y, Z, AA, AB, AC, AD, AE, AF, AG, AH, AI, AJ, AK, AL, AM, AN, AO, AP, AQ, AR, AS, AT, AU, AV, AW, AX, AY, AZ, BA, BB, BC, BD, BE, BF, BG, BH, BI, BJ, BK, BL, BM, BN, BO, BP, BQ, BR, BS, BT, BU, BV, BW, BX, BY, BZ, CA, CB, CC, CD, CE, CF, CG, CH, CI, CJ, CK, CL, CM, CN, CO, CP, CQ, CR, CS, CT, CU, CV, CW, CX, CY, CZ, DA, DB, DC, DD, DE, DF, DG, DH, DI, DJ, DK, DL, DM, DN, DO, DP, DQ, DR, DS, DT, DU, DV, DW, DX, DY, DZ, EA, EB, EC, ED, EE, EF, EG, EH, EI, EJ, EK, EL, EM, EN, EO, EP, EQ, ER, ES, ET, EU, EV, EW, EX, EY, EZ, FA, FB, FC, FD, FE, FF, FG, FH, FI, FJ, FK, FL, FM, FN, FO, FP, FQ, FR, FS, FT, FU, FV, FW, FX, FY, FZ, GA, GB, GC, GD, GE, GF, GG, GH, GI, GJ, GK, GL, GM, GN, GO, GP, GQ, GR, GS, GT, GU, GV, GW, GX, GY, GZ, HA, HB, HC, HD, HE, HF, HG, HH, HI, HJ, HK, HL, HM, HN, HO, HP, HQ, HR, HS, HT, HU, HV, HW, HX, HY, HZ, IA, IB, IC, ID, IE, IF, IG, IH, II, IJ, IK, IL, IM, IN, IO, IP, IQ, IR, IS, IT, IU, IV, IW, IX, IY, IZ, JA, JB, JC, JD, JE, JF, JG, JH, JI, JJ, JK, JL, JM, JN, JO, JP, JQ, JR, JS, JT, JU, JV, JW, JX, JY, JZ, KA, KB, KC, KD, KE, KF, KG, KH, KI, KJ, KK, KL, KM, KN, KO, KP, KQ, KR, KS, KT, KU, KV, KW, KX, KY, KZ, LA, LB, LC, LD, LE, LF, LG, LH, LI, LJ, LK, LL, LM, LN, LO, LP, LQ, LR, LS, LT, LU, LV, LW, LX, LY, LZ, MA, MB, MC, MD, ME, MF, MG, MH, MI, MJ, MK, ML, MM, MN, MO, MP, MQ, MR, MS, MT, MU, MV, MW, MX, MY, MZ, NA, NB, NC, ND, NE, NF, NG, NH, NI, NJ, NK, NL, NM, NO, NP, NQ, NR, NS, NT, NU, NV, NW, NX, NY, NZ, OA, OB, OC, OD, OE, OF, OG, OH, OI, OJ, OK, OL, OM, ON, OO, OP, OQ, OR, OS, OT, OU, OV, OW, OX, OY, OZ, PA, PB, PC, PD, PE, PF, PG, PH, PI, PJ, PK, PL, PM, PN, PO, PP, PQ, PR, PS, PT, PU, PV, PW, PX, PY, PZ, QA, QB, QC, QD, QE, QF, QG, QH, QI, QJ, QK, QL, QM, QN, QO, QP, QQ, QR, QS, QT, QU, QV, QW, QX, QY, QZ, RA, RB, RC, RD, RE, RF, RG, RH, RI, RJ, RK, RL, RM, RN, RO, RP, RQ, RR, RS, RT, RU, RV, RW, RX, RY, RZ, SA, SB, SC, SD, SE, SF, SG, SH, SI, SJ, SK, SL, SM, SN, SO, SP, SQ, SR, SS, ST, SU, SV, SW, SX, SY, SZ, TA, TB, TC, TD, TE, TF, TG, TH, TI, TJ, TK, TL, TM, TN, TO, TP, TQ, TR, TS, TT, TU, TV, TW, TX, TY, TZ, UA, UB, UC, UD, UE, UF, UG, UH, UI, UJ, UK, UL, UM, UN, UO, UP, UQ, UR, US, UT, UU, UV, UW, UX, UY, UZ, VA, VB, VC, VD, VE, VF, VG, VH, VI, VJ, VK, VL, VM, VN, VO, VP, VQ, VR, VS, VT, VU, VW, VX, VY, VZ, WA, WB, WC, WD, WE, WF, WG, WH, WI, WJ, WK, WL, WM, WN, WO, WP, WQ, WR, WS, WT, WU, WV, WW, WX, WY, WZ, XA, XB, XC, XD, XE, XF, XG, XH, XI, XJ, XK, XL, XM, XN, XO, XP, XQ, XR, XS, XT, XU, XV, XW, XX, XY, XZ, YA, YB, YC, YD, YE, YF, YG, YH, YI, YJ, YK, YL, YM, YN, YO, YP, YQ, YR, YS, YT, YU, YV, YW, YX, YZ, ZA, ZB, ZC, ZD, ZE, ZF, ZG, ZH, ZI, ZJ, ZK, ZL, ZM, ZN, ZO, ZP, ZQ, ZR, ZS, ZT, ZU, ZV, ZW, ZX, ZY, ZZ.

PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE (FFPI) 2023-2024
MODULO COMPILAZIONE

Table with columns: A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U, V, W, X, Y, Z, AA, AB, AC, AD, AE, AF, AG, AH, AI, AJ, AK, AL, AM, AN, AO, AP, AQ, AR, AS, AT, AU, AV, AW, AX, AY, AZ, BA, BB, BC, BD, BE, BF, BG, BH, BI, BJ, BK, BL, BM, BN, BO, BP, BQ, BR, BS, BT, BU, BV, BW, BX, BY, BZ, CA, CB, CC, CD, CE, CF, CG, CH, CI, CJ, CK, CL, CM, CN, CO, CP, CQ, CR, CS, CT, CU, CV, CW, CX, CY, CZ, DA, DB, DC, DD, DE, DF, DG, DH, DI, DJ, DK, DL, DM, DN, DO, DP, DQ, DR, DS, DT, DU, DV, DW, DX, DY, DZ, EA, EB, EC, ED, EE, EF, EG, EH, EI, EJ, EK, EL, EM, EN, EO, EP, EQ, ER, ES, ET, EU, EV, EW, EX, EY, EZ, FA, FB, FC, FD, FE, FF, FG, FH, FI, FJ, FK, FL, FM, FN, FO, FP, FQ, FR, FS, FT, FU, FV, FW, FX, FY, FZ, GA, GB, GC, GD, GE, GF, GG, GH, GI, GJ, GK, GL, GM, GN, GO, GP, GQ, GR, GS, GT, GU, GV, GW, GX, GY, GZ, HA, HB, HC, HD, HE, HF, HG, HH, HI, HJ, HK, HL, HM, HN, HO, HP, HQ, HR, HS, HT, HU, HV, HW, HX, HY, HZ, IA, IB, IC, ID, IE, IF, IG, IH, II, IJ, IK, IL, IM, IN, IO, IP, IQ, IR, IS, IT, IU, IV, IW, IX, IY, IZ, JA, JB, JC, JD, JE, JF, JG, JH, JI, JJ, JK, JL, JM, JN, JO, JP, JQ, JR, JS, JT, JU, JV, JW, JX, JY, JZ, KA, KB, KC, KD, KE, KF, KG, KH, KI, KJ, KK, KL, KM, KN, KO, KP, KQ, KR, KS, KT, KU, KV, KW, KX, KY, KZ, LA, LB, LC, LD, LE, LF, LG, LH, LI, LJ, LK, LL, LM, LN, LO, LP, LQ, LR, LS, LT, LU, LV, LW, LX, LY, LZ, MA, MB, MC, MD, ME, MF, MG, MH, MI, MJ, MK, ML, MN, MO, MP, MQ, MR, MS, MT, MU, MV, MW, MX, MY, MZ, NA, NB, NC, ND, NE, NF, NG, NH, NI, NJ, NK, NL, NM, NO, NP, NQ, NR, NS, NT, NU, NV, NW, NX, NY, NZ, OA, OB, OC, OD, OE, OF, OG, OH, OI, OJ, OK, OL, OM, ON, OO, OP, OQ, OR, OS, OT, OU, OV, OW, OX, OY, OZ, PA, PB, PC, PD, PE, PF, PG, PH, PI, PJ, PK, PL, PM, PN, PO, PP, PQ, PR, PS, PT, PU, PV, PW, PX, PY, PZ, QA, QB, QC, QD, QE, QF, QG, QH, QI, QJ, QK, QL, QM, QN, QO, QP, QQ, QR, QS, QT, QU, QV, QW, QX, QY, QZ, RA, RB, RC, RD, RE, RF, RG, RH, RI, RJ, RK, RL, RM, RN, RO, RP, RQ, RR, RS, RT, RU, RV, RW, RX, RY, RZ, SA, SB, SC, SD, SE, SF, SG, SH, SI, SJ, SK, SL, SM, SN, SO, SP, SQ, SR, SS, ST, SU, SV, SW, SX, SY, SZ, TA, TB, TC, TD, TE, TF, TG, TH, TI, TJ, TK, TL, TM, TN, TO, TP, TQ, TR, TS, TT, TU, TV, TW, TX, TY, TZ, UA, UB, UC, UD, UE, UF, UG, UH, UI, UJ, UK, UL, UM, UN, UO, UP, UQ, UR, US, UT, UU, UV, UW, UX, UY, UZ, VA, VB, VC, VD, VE, VF, VG, VH, VI, VJ, VK, VL, VM, VN, VO, VP, VQ, VR, VS, VT, VU, VV, VW, VX, VY, VZ, WA, WB, WC, WD, WE, WF, WG, WH, WI, WJ, WK, WL, WM, WN, WO, WP, WQ, WR, WS, WT, WU, WV, WW, WX, WY, WZ, XA, XB, XC, XD, XE, XF, XG, XH, XI, XJ, XK, XL, XM, XN, XO, XP, XQ, XR, XS, XT, XU, XV, XW, XX, XY, XZ, YA, YB, YC, YD, YE, YF, YG, YH, YI, YJ, YK, YL, YM, YN, YO, YP, YQ, YR, YS, YT, YU, YV, YW, YX, YZ, ZA, ZB, ZC, ZD, ZE, ZF, ZG, ZH, ZI, ZJ, ZK, ZL, ZM, ZN, ZO, ZP, ZQ, ZR, ZS, ZT, ZU, ZV, ZW, ZX, ZY, ZZ.

Table with columns A through AB, detailing personnel needs and costs across various organizational units and disciplines. Includes columns for categories like 'CONCOSTANZA PERSONALE', 'FABBISOGNO TOTALE', and 'COSTO TOTALE'.

PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE (FFPP) 2023-2024
 PROGETTO DI DETTAGLIO FABBISOGNO DI PERSONALE PER FINALITÀ EX D.L. 34/2020 CONV. IN L. N. 77/2020 E D.M. N. 77/2022
 (QUOTA PARTE DEL FABBISOGNO COMUNICATO PREVISTO NEL FPP AZIENDALE 2022-2024)

| AZIENDA/REA | DENOMINAZIONE STRUTTURALE/TURNO | DENOMINAZIONE SECONDA O SPECIALE (C.I.C.A. D.M. N. 76/2014) | DENOMINAZIONE STRUTTURA OPERATIVA/DETTAGLIO ATTIVITÀ | PROFILO PROFESSIONALE | FABBISOGNO PERSONALE ANNO 2023 | | | | | | | | | | FABBISOGNO PERSONALE ANNO 2024 | | | | | | | | | | FABBISOGNO PERSONALE ANNO 2025 | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|--|-----------------------|--|--|--|--|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | FINANZI DA D.L. 34/2020 CONVERTITO IN L. N. 77/2020 | | | | | FINANZI DA D.M. N. 77/2022 | | | | | FINANZI DA D.L. 34/2020 CONVERTITO IN L. N. 77/2020 | | | | | FINANZI DA D.M. N. 77/2022 | | | | | FINANZI DA D.L. 34/2020 CONVERTITO IN L. N. 77/2020 | | | | | FINANZI DA D.M. N. 77/2022 | | | | |
| | | | | | SE. 1 | | SE. 2 | | | SE. 1 | | SE. 2 | | | SE. 1 | | SE. 2 | | | SE. 1 | | SE. 2 | | | SE. 1 | | SE. 2 | | | SE. 1 | | SE. 2 | | |
| | | | | | FABBISOGNO PERSONALE ASSISTENZA DOMICILIO (Programmi ESSE) | FABBISOGNO PERSONALE infermieristico di famiglia e di comunità | FABBISOGNO PERSONALE Cura di territorio di continuità assistenziale e infermieristica territoriali | FABBISOGNO PERSONALE Paramedico: Tecnico Infermiere e operatori socio-sanitari di base | FABBISOGNO PERSONALE Paramedico: Tecnico Infermiere e operatori socio-sanitari di base | FABBISOGNO PERSONALE Cura di territorio di continuità assistenziale | FABBISOGNO PERSONALE Cura di territorio di continuità assistenziale | FABBISOGNO PERSONALE Cura di territorio di continuità assistenziale | FABBISOGNO PERSONALE Cura di territorio di continuità assistenziale | FABBISOGNO PERSONALE Cura di territorio di continuità assistenziale | FABBISOGNO PERSONALE Cura di territorio di continuità assistenziale | FABBISOGNO PERSONALE Cura di territorio di continuità assistenziale | FABBISOGNO PERSONALE Cura di territorio di continuità assistenziale | FABBISOGNO PERSONALE Cura di territorio di continuità assistenziale | FABBISOGNO PERSONALE Cura di territorio di continuità assistenziale | FABBISOGNO PERSONALE Cura di territorio di continuità assistenziale | FABBISOGNO PERSONALE Cura di territorio di continuità assistenziale | FABBISOGNO PERSONALE Cura di territorio di continuità assistenziale | FABBISOGNO PERSONALE Cura di territorio di continuità assistenziale | FABBISOGNO PERSONALE Cura di territorio di continuità assistenziale | FABBISOGNO PERSONALE Cura di territorio di continuità assistenziale | FABBISOGNO PERSONALE Cura di territorio di continuità assistenziale | FABBISOGNO PERSONALE Cura di territorio di continuità assistenziale | FABBISOGNO PERSONALE Cura di territorio di continuità assistenziale | FABBISOGNO PERSONALE Cura di territorio di continuità assistenziale | FABBISOGNO PERSONALE Cura di territorio di continuità assistenziale | FABBISOGNO PERSONALE Cura di territorio di continuità assistenziale | FABBISOGNO PERSONALE Cura di territorio di continuità assistenziale | FABBISOGNO PERSONALE Cura di territorio di continuità assistenziale | FABBISOGNO PERSONALE Cura di territorio di continuità assistenziale |
| TOTALE FABBISOGNO ANNO 2023 | | | | | | | | | | TOTALE FABBISOGNO ANNO 2024 | | | | | | | | | | TOTALE FABBISOGNO ANNO 2025 | | | | | | | | | | | | | | |
| COSTO FABBISOGNO ANNO 2023 | | | | | | | | | | COSTO FABBISOGNO ANNO 2024 | | | | | | | | | | COSTO FABBISOGNO ANNO 2025 | | | | | | | | | | | | | | |
| ASL BR | | | Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere | | | | | | | 4 | 20 | 40 | 38 | 3.412.172,71 € | | | | | | 4 | 20 | 40 | 38 | 3.412.172,71 € | | | | | | 4 | 20 | 40 | 38 | 3.412.172,71 € |
| ASL BR | Ospedale Civile - Oculum | Anestesiologia e Rianimazione | Anestesiologia S.O. OST | | | | | | | 1 | 18 | 36 | 38 | 568.171,57 € | | | | | | 1 | 18 | 36 | 38 | 568.171,57 € | | | | | | 1 | 18 | 36 | 38 | 568.171,57 € |
| ASL BR | Ospedale Civile - Oculum | Terapia Intensiva | Anestesiologia e Rianimazione S.O. BR | | | | | | | 4 | 4 | 8 | 4 | 301.084,69 € | | | | | | 4 | 4 | 8 | 4 | 301.084,69 € | | | | | | 4 | 4 | 8 | 4 | 301.084,69 € |
| ASL BR | Ospedale Spazio Cardiovasc. - Fiancavilla Santana | Urologia Interventiva | Anestesiologia e Rianimazione S.O. PMA | | | | | | | 2 | 2 | 4 | 2 | 190.950,34 € | | | | | | 2 | 2 | 4 | 2 | 190.950,34 € | | | | | | 2 | 2 | 4 | 2 | 190.950,34 € |
| ASL BR | Ospedale Antonio Perrino - Brindisi | Neurologia | Malattie Infettive S.O. BR | | | | | | | 2 | 2 | 4 | 2 | 150.992,34 € | | | | | | 2 | 2 | 4 | 2 | 150.992,34 € | | | | | | 2 | 2 | 4 | 2 | 150.992,34 € |
| ASL BR | Ospedale Antonio Perrino - Brindisi | Infiammazione | Malattie Infettive S.O. BR | | | | | | | 3 | 3 | 6 | 3 | 206.468,14 € | | | | | | 3 | 3 | 6 | 3 | 206.468,14 € | | | | | | 3 | 3 | 6 | 3 | 206.468,14 € |
| ASL BR | Ospedale Civile - Oculum | Neurologia | Anestesiologia S.O. OST | | | | | | | 4 | 4 | 8 | 4 | 139.272,36 € | | | | | | 4 | 4 | 8 | 4 | 139.272,36 € | | | | | | 4 | 4 | 8 | 4 | 139.272,36 € |
| ASL BR | Ospedale Antonio Perrino - Brindisi | Malattie Infettive S.O. BR | Anestesiologia e Rianimazione S.O. BR | | | | | | | 18 | 18 | 36 | 18 | 406.725,86 € | | | | | | 18 | 18 | 36 | 18 | 406.725,86 € | | | | | | 18 | 18 | 36 | 18 | 406.725,86 € |
| ASL BR | Ospedale Spazio Cardiovasc. - Fiancavilla Santana | Urologia Interventiva | Anestesiologia e Rianimazione S.O. PMA | | | | | | | 10 | 10 | 20 | 10 | 417.811,07 € | | | | | | 10 | 10 | 20 | 10 | 417.811,07 € | | | | | | 10 | 10 | 20 | 10 | 417.811,07 € |
| ASL BR | Ospedale Antonio Perrino - Brindisi | Malattie Infettive S.O. BR | Malattie Infettive S.O. BR | | | | | | | 7 | 7 | 14 | 7 | 243.728,62 € | | | | | | 7 | 7 | 14 | 7 | 243.728,62 € | | | | | | 7 | 7 | 14 | 7 | 243.728,62 € |
| ASL BR | Ospedale Antonio Perrino - Brindisi | Neurologia S.O. BR | Neurologia S.O. BR | | | | | | | 7 | 7 | 14 | 7 | 243.728,62 € | | | | | | 7 | 7 | 14 | 7 | 243.728,62 € | | | | | | 7 | 7 | 14 | 7 | 243.728,62 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 € | | | | | | | | | | |

PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE (PTFP) 2022-2024
PROSPETTO COSTI PTFP

| | | COSTO PTFP ANNO 2022 | COSTO PTFP ANNO 2023 | COSTO PTFP ANNO 2024 | |
|-------------------|--|---|-------------------------|-------------------------|-----------------|
| [A] | COSTO COMPLESSIVO FABBISOGNO DI PERSONALE | 236.014.860,96 € | 236.014.860,96 € | 236.014.860,96 € | |
| [A ₁] | <i>SPESE PERSONALE IN CONVENZIONE EX ART. 58, COMMA 2, LETT. A) CCNL DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA, STIPULATO L'8.06.2000 (ORA ART. 117, COMMA 2, LETT. A), CCNL 19.12.2019 AREA SANITÀ) (DI CUI DEL CAMPO [A])</i> | | | | |
| [A ₂] | <i>ALTRE SPESE DI CUI ALLA CIRCOLARE RGS N° 9 DEL 17/02/2006 (DI CUI DEL CAMPO [A])</i> | | | | |
| [B] | VOCI DA ESCLUDERE (CIRCOLARE RGS N° 9 DEL 17/02/2006) | COSTO PERSONALE DELLA SANITÀ PENITENZIARIA (INCLUSE LE REMS) | 846.282,05 € | 846.282,05 € | 846.282,05 € |
| | | COSTO PERSONALE CLASSIFICATO EX LEGGE N. 68/1999 (DISABILI E CATEGORIE PROTETTE) | 7.952.987,62 € | 7.952.987,62 € | 7.952.987,62 € |
| | | COSTO PERSONALE FINANZIATO CON CONTRIBUTI PROVENIENTI DA PRIVATO | | | |
| | | COSTO PERSONALE FINANZIATO CON CONTRIBUTI PROVENIENTI DALL'UNIONE EUROPEA | | | |
| | | COSTO PERSONALE FINANZIATO CON FONDI DESTINATI ALLA RICERCA | | | |
| | | SPESE PER LA FORMAZIONE E LE MISSIONI (INDENNITÀ E RIMBORSI) | 370.000,00 € | 370.000,00 € | 370.000,00 € |
| | | RINNOVI CONTRATTUALI (QUOTE STANDARD PARI AL 17,72% PER LA DIRIGENZA E AL 20,8% PER IL COMPARTO) | 46.186.048,20 € | 46.186.048,20 € | 46.186.048,20 € |
| [C]=[A]-[B] | COSTO FABBISOGNO AL NETTO DELLE VOCI DA ESCLUDERE | 180.659.543,08 € | 180.659.543,08 € | 180.659.543,08 € | |
| [D] | TETTO DI SPESA ASSEGNATO CON DGR N. 1818 DEL 12/12/2022 | 180.662.857,00 € | 180.662.857,00 € | 180.662.857,00 € | |
| [E]=[D]-[C] | RISORSE A DISPOSIZIONE | 3.313,92 € | 3.313,92 € | 3.313,92 € | |
| [F] | FABBISOGNO DL 34_2020 - DM 77_2022 | 6.557.566,58 € | 6.557.566,58 € | 6.557.566,58 € | |
| (G)=(D)+(F) | TOTALE SPESA FABBISOGNO + FABBISOGNO DL 34_2020 - DM 77_2022 | 187.217.109,67 € | 187.217.109,67 € | 187.217.109,67 € | |

Sezione 3.3.1:

Formazione del Personale

U.O.S.D. FORMAZIONE AZIENDALE ED UNIVERSITARIA, QUALITÀ

Sedi: Via Napoli, 8 – 72100 BRINDISI

Piazza A. Di Summa—Polo Universitario - 72100 BRINDISI

Mail: formazione@asl.brindisi.it

Pec: formazione.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it

PIANO TRIENNALE DELLA FORMAZIONE

2024-2025-2026

1. PREMESSA

Il presente Piano Triennale della Formazione definisce la programmazione dell'attività formativa interna dell'ASL Brindisi per il triennio 2024-2026, intesa non solo a sostenere la crescita professionale e culturale delle risorse umane dell'Azienda, rafforzandone le competenze, ma anche a supportare il processo di cambiamento in atto che interessa tutti i livelli dell'organizzazione. La formazione costituisce, infatti, una leva strategica per garantire l'efficacia dell'azione amministrativa e per incrementare la qualità, reale e percepita, dei servizi resi.

2. FINALITA' E OBIETTIVI DEL PIANO TRIENNALE DELLA FORMAZIONE

L'obiettivo del presente Piano triennale della Formazione è quello di supportare ed agevolare la Direzione Aziendale nella realizzazione dei cambiamenti attesi, in vista di nuovi modelli organizzativi ed operativi e della necessità di maggiori e qualificate competenze scientifiche, sostenendo tutti i processi di innovazione tecnico-gestionale in corso, tra i quali i progetti di sviluppo organizzativo e di innovazione (cartella clinica elettronica, sistema di gestione documentale, telemedicina, ecc.) .

L'offerta formativa è finalizzata a far acquisire livelli sempre più elevati di competenze, per creare valore aggiunto in termini di qualità dei servizi.

L'impegno è, quindi, quello di mantenere, consolidare e migliorare le competenze interne attraverso la formazione continua, per innalzare le performance e gli standard qualitativi dei professionisti.

Il presente Piano definisce le linee formative per il prossimo triennio tenendo anche conto dei nuovi scenari di sviluppo previsti dal Piano nazionale di Ripresa e Resilienza.

3. METOLOGIE DIDATTICHE

Sul piano delle metodologie formative, accanto alle classiche modalità di apprendimento legate all'aula (**formazione residenziale – RES**), saranno implementate le attività di **formazione sul campo (FSC)** nelle forme del *Training on the job* e *Tutoring* con l'intento di favorire lo sviluppo di conoscenze condivise che nascono dall'esperienza, in un quadro di sperimentazione e di ricerca.

Per i corsi relativi ai progetti di sviluppo organizzativo e di innovazione, quali ad esempio la formazione sull'utilizzo del MOSS - SISTEMA INFORMATIVO PER IL MONITORAGGIO DELLA SPESA DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE e del sistema di gestione documentale e protocollo informatico, al fine di offrire ai partecipanti una reale esperienza di apprendimento, sarà anche adottata la metodologia didattica delle **Esercitazioni e simulazioni**, con l'utilizzo della sala informatica del Polo Universitario di Brindisi.

Saranno, altresì, organizzati corsi di **formazione a distanza (FAD)** svolti in maniera sincrona (webinar in contemporanea) e asincrona, attraverso l'utilizzo di piattaforma idonea, con l'uso di tecnologie che consentono la moltiplicazione di scambi e l'accesso a risorse di conoscenza e di esperienza diverse.

4. ANALISI DEI FABBISOGNI FORMATIVI

La prima fase del processo formativo è l'analisi dei fabbisogni formativi, attraverso cui si identificano le esigenze di formazione e sviluppo delle risorse umane dell'Azienda per far acquisire alle stesse conoscenze e competenze avanzate.

L'analisi dei fabbisogni formativi conduce alla definizione degli obiettivi formativi, intesi come risposta al divario esistente tra abilità, conoscenze e competenze possedute dai lavoratori e quelle che si dovrebbero possedere per raggiungere standard di prestazioni lavorative riconosciute ottimali dall'Azienda, al fine di poter rispondere adeguatamente ai bisogni di salute della popolazione, nonché ai bisogni di funzionamento dell'Azienda.

L'attività metodologica con cui è stata effettuata la raccolta dei bisogni formativi è essenzialmente relazionale, in quanto ha coinvolto i professionisti destinatari, chiamati ad evidenziare le problematiche comuni affrontabili con gli strumenti della formazione e dell'aggiornamento tecnico-scientifico.

5. ANALISI DEGLI OBIETTIVI FORMATIVI - DOSSIER FORMATIVO DI STRUTTURA

La rilevazione dei bisogni formativi, orientata all'individuazione delle priorità formative del personale, è stata realizzata attraverso il coinvolgimento di tutte le Strutture Organizzative, per una pianificazione in grado di accompagnare l'attuale fase di riorganizzazione e garantire il miglioramento della performance individuale ed organizzativa.

Tutti i Direttori di Struttura sono stati invitati ad effettuare l'analisi dei fabbisogni formativi nelle Unità Operative di appartenenza per progettare un percorso di sviluppo professionale in grado di creare un legame tra i bisogni formativi del lavoratore con gli obiettivi di sviluppo e le necessità delle Unità operative/équipe, in armonia con le priorità dell'Azienda.

Ogni Responsabile di Unità Operativa, identificati i bisogni formativi, ha individuato gli obiettivi formativi per la formazione del personale finalizzata ad un sempre più elevato livello di professionalità, competenza, conoscenza, abilità, responsabilità e autonomia nello svolgimento delle funzioni assegnate.

Le necessità di formazione/aggiornamento sono state comunicate dai Responsabili di Struttura Organizzativa alla U.O.S.D. Formazione Aziendale ed Universitaria, Qualità, che ha provveduto a predisporre il Piano di Formazione Aziendale triennale.

6. LA RETE DEGLI AGENTI DELLA FORMAZIONE

Al fine di garantire il coinvolgimento degli operatori nella programmazione delle attività di formazione, aggiornamento e addestramento, si è ritenuto opportuno avvalersi della Rete degli Agenti della Formazione, ciascuno dei quali è stato designato dal Dirigente Responsabile di ogni Macrostruttura aziendale.

7. OBIETTIVI FORMATIVI

Il presente Piano Triennale di Formazione è predisposto sulla base della valutazione triennale dei bisogni/obiettivi formativi, in considerazione delle richieste dei Direttori/Responsabili di Struttura, delle particolari situazioni normative e legislative, delle esigenze emerse nel corso dello svolgimento delle attività, della necessità di reingegnerizzare i processi, delle criticità riscontrate a seguito di incontri e riunioni di servizio.

Per quanto precede, la programmazione formativa triennale persegue i seguenti obiettivi generali:

- ✓ Diffondere la conoscenza delle normative europee, nazionali e regionali, linee guida e buone pratiche;
- ✓ Sviluppare le competenze specialistiche specifiche degli operatori sulle più recenti innovazioni tecniche, diagnostico- terapeutiche, assistenziali;
- ✓ raggiungere un ottimale inserimento dei neo – assunti e dei neo-inseriti attraverso una migliore comprensione degli obiettivi dell'Azienda e del rapporto di collaborazione interna;
- ✓ Arricchire le conoscenze comunicative e relazionali del personale operante nelle Strutture aziendali;
- ✓ Promuovere e sostenere la transizione digitale;
- ✓ Sostenere l'utilizzo dei nuovi sistemi informatici introdotti in Azienda, incentivando il processo di informatizzazione e digitalizzazione dei processi clinico-assistenziali e dei procedimenti amministrativi;
- ✓ Sviluppare la formazione sulla qualità e sul miglioramento continuo;
- ✓ Diffondere la conoscenza dei modelli organizzativi e dei protocolli aziendali;
- ✓ Alimentare la diffusione di una cultura del risultato e della responsabilità nei processi;
- ✓ Sviluppare competenze nel lavoro integrato con stakeholders e mondo del volontariato;
- ✓ Sviluppare la conoscenza di modelli organizzativi e assistenziali innovativi in materia di integrazione Ospedale-territorio, integrazione Socio Sanitaria, assistenza territoriale;
- ✓ Favorire percorsi formativi integrati con i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta;
- ✓ Favorire lo sviluppo di percorsi clinico-assistenziali/diagnostici/riabilitativi (PDTA);
- ✓ Sviluppare la formazione sulle tematiche della medicina di genere e sulla salute di genere.

Inoltre, per il personale dirigente, la formazione persegue l'obiettivo di assicurare l'aggiornamento e lo sviluppo delle competenze per l'esercizio di funzioni di tipo organizzativo-gestionale, oltre che tecniche.

Nello specifico, è finalizzata a promuovere una cultura manageriale di responsabilizzazione e di sostegno al cambiamento organizzativo, a sviluppare le competenze di leadership, di gestione e valorizzazione delle risorse umane e di conduzione dei gruppi di lavoro multidisciplinari, nonché a facilitare la comunicazione interna.

Per il personale di comparto, la formazione è finalizzata alla trasmissione di conoscenze, all'aggiornamento e allo sviluppo delle competenze avanzate per lo svolgimento dell'attività di pertinenza ed all'implementazione delle soft-skills.

8. LA FORMAZIONE CONTINUA NEL SETTORE «SALUTE» - LE AREE DEGLI OBIETTIVI FORMATIVI ECM

A norma dell'art. 28 dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano DEL 2/2/2017 *le attività formative devono essere programmate e realizzate tenendo conto degli obiettivi formativi previsti come prioritari nel Programma nazionale E.C.M., nel Piano sanitario nazionale e nei Piani sanitari regionali e delle Province autonome di Trento e Bolzano. La Commissione nazionale individua, in condivisione con il C.T.R., gli obiettivi formativi tenendo conto dei Livelli Essenziali di Assistenza, dei Piani sanitari regionali e delle linee guida di cui all'art. 3 del d.l. n. 158/2012 convertito con modificazioni dalla l. n. 189/2012 e li inserisce in almeno una delle seguenti macroaree:*

a) **obiettivi formativi tecnico-professionali**, che individuano lo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico-professionali individuali nel settore specifico di attività, consentendo la programmazione di eventi rivolti alla professione o alla disciplina di appartenenza.

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

c) **obiettivi formativi di sistema** che individuano lo sviluppo delle conoscenze e competenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari, consentendo la programmazione di eventi interprofessionali, destinati a tutti gli operatori.

AREA DEGLI OBIETTIVI FORMATIVI TECNICO-PROFESSIONALI

Lista obiettivi dal paragrafo 4.2 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM:

- 10 - Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;
- 18 - Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la medicina di genere;
- 19 - Medicine non convenzionali: valutazione dell'efficacia in ragione degli esiti e degli ambiti di complementarità;
- 20 - Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;
- 21 - Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione;
- 22 - Fragilità e cronicità (minori, anziani, dipendenze da stupefacenti, alcool e ludopatia, salute mentale), nuove povertà, tutela degli aspetti assistenziali, sociosanitari, e socio-assistenziali;
- 23 - Sicurezza e igiene alimentari, nutrizione e/o patologie correlate;
- 24 - Sanità veterinaria. Attività presso gli stabulari. Sanità vegetale;
- 25 - Farmaco epidemiologia, farmaco-economia, farmacovigilanza;
- 26 - Sicurezza e igiene ambientali (aria, acqua e suolo) e/o patologie correlate;
- 27 - Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione;
- 28 - Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione trapianto;
- 29 - Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie

biomediche, chimiche, fisiche e dei dispositivi medici. Health Technology Assessment;

34 - Accredimento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;

35 - Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;

36 - Valutazione, analisi, studio, caratterizzazione identificazione di: agenti, sostanze, preparati, materiali ed articoli e loro interazione con la salute e la sicurezza;

37 - Metodologie, tecniche e procedimenti di misura e indagini analitiche, diagnostiche e di screening, anche in ambito ambientale, del territorio e del patrimonio artistico e culturale. Raccolta, processamento ed elaborazione dei dati e dell'informazione;

38 - Verifiche ed accertamenti nei porti e sulle navi anche ai fini della sicurezza; valutazioni ed analisi di esplosivi, combustibili, acceleranti e loro tracce; gestione delle emergenze e degli incidenti rilevanti.

AREA DEGLI OBIETTIVI FORMATIVI DI PROCESSO

Lista obiettivi dal paragrafo 4.2 del [Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM](#):

3 - Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura;

4 - Appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia. Livelli essenziali di assistenza (LEA);

7 - La comunicazione efficace interna, esterna, con paziente. La privacy ed il consenso informato;

8 - Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale;

9 - Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera;

11 - Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali;

12 - Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure;

13 - Metodologia e tecniche di comunicazione, anche in relazione allo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria;

14 - Accredimento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizione di nozioni di processo;

15 - Multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria, medicina relativa alle popolazioni migranti;

30 - Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute - diagnostica - tossicologia con acquisizione di nozioni di processo;

32 - Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di processo.

AREA DEGLI OBIETTIVI FORMATIVI DI SISTEMA

Lista obiettivi dal paragrafo 4.2 del [Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM](#):

1 - Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP);

2 - Linee guida - protocolli - procedure;

5 - Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie;

6 - Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale;

- 16 - Etica, bioetica e deontologia;
- 17 - Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni di sistema;
- 31 - Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni di sistema;
- 33 - Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di sistema.

9. PIANIFICAZIONE DELLA FORMAZIONE

L'articolazione delle attività formative, effettuata sulla base della rilevazione dei fabbisogni formativi e della definizione degli obiettivi, seguirà i seguenti temi:

a) FORMAZIONE AZIENDALE "OPE LEGIS"

- Salute e Sicurezza (art. 37 D.Lgs. 81/08)
- formazione per i Lavoratori Addetti alla prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione dell'emergenza ai sensi del D.Lgs 81/08
- formazione ed aggiornamento responsabile e addetti al servizio di prevenzione e protezione aziendale
- Prevenzione della Corruzione, Trasparenza nella Pubblica Amministrazione
- Protezione dei dati personali (Reg. UE 2016/679)
- Rischio clinico ed occupazionale
- Etica e deontologia
- formazione per addetti videosorveglianza

b) MIDDLE MANAGEMENT

- Leadership e lavoro di squadra
- Innovazione e cambiamento organizzativo
- Gestione e valorizzazione delle risorse umane
- la cultura della qualità
- performance management

c) FORMAZIONE SU TEMATICHE TRASVERSALI

- sviluppo delle competenze digitali
- appalti pubblici e contratti
- nuovo sistema di contabilità
- benessere organizzativo
- pari opportunità
- trasformazione digitale
- modelli organizzativi gestionali
- applicazione/ diffusione linee guida - protocolli- procedure
- multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria
- la comunicazione infausta: aspetti etici e relazionali
- il tempo della comunicazione: tempo di cura
- la gestione dei conflitti: tecniche, strumenti e competenze

- aspetti relazionali e umanizzazione delle cure
- la comunicazione efficace
- la gestione dello stress nell'emergenza acuta: linee guida e finalita'
- il disturbo da stress post-traumatico: il supporto psicologico nei traumi complessi verso donne, minori, soggetti fragili

d) FORMAZIONE DIGITALE – ICT ED INNOVAZIONE TECNOLOGICA:

- formazione in tema di competenze digitali (SYLLABUS)
- formazione sulla cartella clinica elettronica ambulatoriale ed ospedaliera (Progetto Regione Puglia)
- formazione sul nuovo sistema di gestione documentale e protocollo informatico
- addestramento del personale coinvolto nell'utilizzo, manutenzione e dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali
- innovazioni tecnologiche ed organizzative
- Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0

e) RISORSE UMANE

- formazione per il personale di nuovo inserimento
- nuova disciplina del lavoro pubblico, azione amministrativa e riforme
- Il nuovo CCNL del comparto sanità
- trattamento giuridico e previdenziale del personale
- nuove modalità di reclutamento del personale
- misurazione della performance
- formazione per l'acquisizione di competenze relazionali
- formazione del personale di contatto con il pubblico
- piani di formazione e aggiornamento sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di gestione di eventi avversi
- formazione linguistica in inglese

f) PATRIMONIO E TECNOLOGIE

- Progettazione, manutenzione e valorizzazione degli immobili a destinazione sanitaria
- verifica di progetto, controlli e ispezioni in corso d'opera
- Il nuovo codice degli appalti
- Il PNRR
- formazione sull'utilizzo del sistema informativo amministrativo-contabile regionale MOSS

g) AFFARI GENERALI E CONTENZIOSO

- Il procedimento amministrativo
- L'accesso agli atti
- Problematiche fiscali legate all'attività di recupero crediti
- la responsabilità professionale della struttura e dei professionisti sanitari.

h) PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

- Salute e Ambiente
- Screening Oncologici
- Prevenzione vaccinale
- Formazione per la promozione degli stili di vita salutari
- Sicurezza alimentare
- Nutrizione umana, celiachia e disturbi del comportamento alimentare
- igiene degli ambienti di vita e di lavoro e di uso collettivo
- igiene e sicurezza ambientale
- promozione della salute attraverso la promozione dell'attività motoria e dei corretti stili di vita: la formazione dei "walking leaders"
- azioni successive ai controlli ufficiali, il diritto alla difesa in caso di campionamento ed analisi
- antimicrobico-resistenza "scenari, priorità e obiettivi, secondo un approccio ONE HEALTH
- PNAA Piano Nazionale Alimentazione Animale - realizzazione e adempimenti
- le procedure di polizia giudiziaria previste nella redazione di Notizie di Reato
- mitili ed echinodermi: pericoli sanitari emergenti e attività di campionamento
- la filiera dei prodotti a base di latte: i pericoli emergenti e le tecniche di campionamento.
- anagrafe degli stabilimenti e degli operatori e banche dati relative ai controlli ufficiali - controperizia e controversia
- la medicina necroscopica e le certificazioni medico legali rilasciate dal medico del dipartimento di prevenzione
- metodologie efficaci di valutazione e gestione del rischio chimico e cancerogeno
- randagismo
- segnalazione e gestione delle malattie infettive e diffuse
- PASSI e PASSI d'argento
- Autorizzazione e accreditamento delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie
- Vaccinologia clinica
- Medicina del turismo e delle migrazioni
- Sicurezza delle acque
- Inquinamento indoor

i) FARMACOVIGILANZA

- farmacovigilanza e vigilanza sui dispositivi medici
- la vigilanza ispettiva sulle farmacie

j) RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO

- formazione degli operatori per la gestione dei codici rosa
- la neoplasia mammaria: la BREAST UNIT incontra il territorio

- autorizzazione e accreditamento strutture sanitarie e socio-sanitarie correlati al fabbisogno regionale di assistenza – programmazione sanitaria regionale
- cure palliative – rete assistenziale territoriale
- produzione, implementazione e monitoraggio dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali - PDTA;
- il casemanager
- il ruolo del MMG e PLS nella gestione dei percorsi di cura
- la telemedicina

k) RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA

- principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie
- formazione specifica con particolare riferimento al miglioramento della qualità in alcune aree particolari (emergenza, materno infantile, oncologia, chirurgia cardiovascolare, chirurgia generale, nefrologia, ginecologia, chirurgia bariatrica, medicina nucleare, ecc.);
- sviluppo di competenze di orientamento all'utente/cliente
- dinamiche comunicative e relazionali nelle situazioni di emergenza
- corso teorico pratico di ecografia clinica
- infezioni correlate all'assistenza. la sepsi, l'antimicrobial stewardship
- ricerca per la pratica clinica
- One Stop Imaging funzionale e morfologico
- la medicina nucleare nello studio delle patologie neurodegenerative con demenza
- ventilazione invasiva e non invasiva; trattamento della ards.
- il paziente neurochirurgico: approccio terapeutico e monitoraggio
- il paziente politraumatizzato
- donazione/espianati di organi
- malattie infettive e Aids
- Advances In Plastic Surgery
- gestione del donatore e produzione di emocomponenti – SISTRA (emovigilanza e sorveglianza del donatore-qualità) - concetti di rischio clinico
- la donna protagonista della salute: aggiornamenti in ginecologia ed ostetricia
- formazione teorico-pratica di accessi venosi
- accessi vascolari e emodinamica
- sicurezza nell'uso dell'azoto liquido
- gestione del paziente con tumori gastroenteropancreatici
- corso base di rianimazione neonatale

l) ASSISTENZA TERRITORIALE

- Assistenza di prossimità
- la mobilità sanitaria internazionale
- integrazione socio sanitaria: strumenti di presa in carico
- anagrafe degli assistiti
- medicina consultoriale: presa in carico della gravida e della puerpera

m) MEDICINA DI GENERE

- La cultura della Medicina di Genere: promuovere la consapevolezza sulle differenze di genere in ambito sanitario

n) APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

- Appropriatezza prescrittiva

o) STATISTICA ED EPIDEMIOLOGIA

- Registro Tumori

p) FRAGILITA'

- minori, anziani, disabili, salute mentale
- dipendenze patologiche

o) SERVIZIO E/U 118

- Corsi BLS
- Corsi ACLS
- Corsi ATLS
- ecografia clinica in emergenza/urgenza

p) COINVOLGIMENTO DEL CITTADINO (empowerment) e associazioni del terzo settore

- Formazione per accrescere le competenze necessarie affinché le persone siano attivamente coinvolte, come singoli, come organizzazioni e come comunità, nelle decisioni che riguardano la salute

q) FORMAZIONE PER CAREGIVER

- Il caregiver informato e formato protagonista del percorso di salute.

v) IL CASE MANAGER ED IL CARE MANAGER

- percorso formativo per case manager e care manager

z) FORMAZIONE SPECIALISTICA DEL TUTOR CLINICO NEI CORSI DI STUDI UNIVERSITARI

10) PROGRAMMAZIONE E REALIZZAZIONE DEI PROGETTI DI FORMAZIONE

La programmazione dei progetti formativi, in coerenza con il Piano Triennale della Formazione 2024-2026, verrà realizzata con i Piani Formativi Aziendali annuali.

L'attuazione e gestione del Piano Formativo Aziendale annuale è assicurata dall'UOSD Formazione Aziendale ed Universitaria, Qualità che, per ciascun Corso:

- Acquisisce il progetto di dettaglio predisposto dal Responsabile Scientifico d'intesa con il Direttore della Struttura Organizzativa proponente;
- dispone l'attivazione di ciascun Corso e cura l'istruttoria dei procedimenti amministrativi necessari all'attuazione ed erogazione degli eventi formativi;
- supervisiona e coordina le fasi di organizzazione ed erogazione dei Corsi;
- provvede alla liquidazione delle spese sostenute imputabili al conto economico della Formazione;
- effettua le procedure di accreditamento ECM, nel rispetto della normativa vigente.

11) ACCREDITAMENTO PROGETTI FORMATIVI

L' Azienda, in qualità di provider ECM, provvederà ad accreditare i Corsi rivolti al personale del ruolo sanitario.

12) FORMAZIONE OBBLIGATORIA

La partecipazione alle iniziative di formazione o di aggiornamento professionale inserite nel Piano di Formazione Annuale è considerata formazione obbligatoria e conseguentemente servizio utile a tutti gli effetti qualora riguardi le seguenti materie:

- Formazione Sicurezza Lavoratori, Dirigenti, Preposti, RLS e altri corsi Corsi Dlgs 81/2008
- Antincendio (se il dipendente ha ricevuto la convocazione da parte del SPPA o se lo stesso dipendente è stato segnalato come componente della squadra antincendio da parte del Dirigente-Coordiatore dell'UO di appartenenza).
- Prevenzione della Corruzione, Trasparenza nella Pubblica Amministrazione
- Protezione dei dati personali (Reg. UE 2016/679)
- Rischio clinico ed occupazionale
- Etica e deontologia
- formazione per addetti videosorveglianza
- Primo Soccorso, se il dipendente è stato segnalato da parte del Dirigente-Coordiatore dell'UO di appartenenza al SPPA come addetto a queste funzioni;
- BLS se il dipendente/convenzionato ha ricevuto specifica disposizione da parte del proprio Dirigente-Coordiatore a partecipare al Corso per assicurare che nell'UO vi sia un sufficiente numero di operatori addestrati alle manovre di rianimazione.
- Formazione sul campo (FSC)
- Corsi FORMALMENTE dichiarati obbligatori per il partecipante da parte della Direzione Strategica.

13) VALUTAZIONE DEI RISULTATI E DELL'EFFICACIA DELL'INTERVENTO FORMATIVO

Ogni intervento formativo o di addestramento è verificato dalle funzioni preposte in termini di gradimento, apprendimento, comprensione ed efficacia.

La verifica di efficacia delle attività per lo sviluppo delle competenze è effettuata valutando le ricadute professionali organizzative osservabili e misurabili nel post-formazione.

Essa è rappresentata:

- dalle verifiche di efficacia eseguite al termine dei corsi di formazione;
- dalle verifiche dei risultati attraverso i feedback dei responsabili, tenuti all'analisi e osservazione dell'operato del personale ai diversi livelli dell'organizzazione.

I risultati di apprendimento attesi riguardano:

- l'aggiornamento delle conoscenze, abilità e attitudini utili a una pratica competente ed esperta;
- una maggiore efficienza delle procedure in considerazione delle aumentate competenze;
- un miglior clima aziendale;
- il miglioramento della performance di struttura ed individuale.

14) FORMATORI INTERNI

Il Piano formativo triennale intende favorire la figura di Formatori Interni, allo scopo di valorizzare il patrimonio di competenze acquisite dal personale nella diffusione dei saperi e delle tecniche, nonché

di incrementare il processo di scambio di buone pratiche tra colleghi, prevedendo l'integrazione, ove necessario, di esperti esterni.

15) FORMAZIONE ESTERNA OBBLIGATORIA

La formazione extra-aziendale obbligatoria deve rispondere ad oggettivi bisogni formativi su contenuti non acquisibili all'interno dell'Azienda e pertanto deve tener conto dei seguenti requisiti:

- stretta correlazione dell'iniziativa formativa con il profilo e i fabbisogni del Professionista;
- qualità della proposta formativa, con riferimento ai profili dell'innovazione e dell'eccellenza;
- coerenza con gli obiettivi di budget;
- miglioramento dell'efficienza ed efficacia delle attività Istituzionali.

16) RISORSE FINANZIARIE

Appare ragionevole prevedere che le risorse economiche necessarie a soddisfare la formazione che sarà organizzata dall'Azienda nel triennio, per tutte le categorie, possa attestarsi intorno ad € 120.000,00 per anno.

17) CONCLUSIONI

Il presente Piano Triennale della Formazione è caratterizzato da ampia flessibilità: potrà essere integrato da altre iniziative formative per soddisfare fabbisogni non prevedibili nella fase di pianificazione, determinati da esigenze aziendali sopraggiunte o da nuovi indirizzi nazionali e regionali. I progetti di Corsi non presenti nei Piani Annuali della Formazione dovranno essere preventivamente valutati e autorizzati dalla Direzione Generale con il parere del Comitato Scientifico.