

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Oggetto: **Adozione Provvisoria "P.I.A.O. Piano integrato di attività e organizzazione anno 2025 dell'Azienda Sanitaria Locale di Brindisi".**

VISTO 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;

VISTO in particolare, il comma 6, del citato articolo 6, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, così come modificato dall'articolo 1, comma 12, lettera a), n. 3), del decreto-legge 30 dicembre 2021, n. 228, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 febbraio 2022, n. 15, che ha stabilito che con decreto del Ministro per la pubblica amministrazione, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza unificata, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, è adottato un Piano tipo, quale strumento di supporto alle amministrazioni;

VISTO altresì, il comma 7-bis, del citato articolo 6, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, che ha stabilito che le regioni, per quanto attiene alle aziende e agli enti del Servizio sanitario nazionale adeguano i rispettivi ordinamenti ai principi di cui al medesimo articolo 6 nonché ai contenuti definiti nel Piano integrato di organizzazione e attività di cui al presente decreto;

VISTO 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. 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.

VISTI i seguenti articoli 3,4 e 5 del suddetto D.M. del 24.06.2022 del Ministro per la Pubblica Amministrazione di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze:

- art.3 Sezione Valore pubblico, Performance e Anticorruzione,
- art.4 Sezione Organizzazione e Capitale umano,
- art.5 Sezione Monitoraggio

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

VISTA nota prot. n.628075 del 17.12.2024 la Sezione Bilancio della Sanità e Sport della Regione Puglia ad oggetto "Bilancio di Previsione 2025. Seguìto nota prot. 0627687 del 17 dicembre 2024" ha fissato per il 15.02.2025 l'adozione del Bilancio Economico Preventivo 2025 (ex art. 5, comma 1 del Decreto Ministeriale del 24/05/2019 – Ministero della Salute).

VISTO l'art. 8 comma 1 e 2 del D.P.C.M. del 30.06.2022 che stabilisce che:

"1. il Piano Integrato di attività ed organizzazione elaborati ai sensi del presente decreto assicura la coerenza dei propri contenuti ai documenti di programmazione finanziaria, previsti a legislazione vigente per ciascuna delle pubbliche amministrazioni, che ne costituiscono il necessario presupposto.

2. In ogni caso di differimento del termine previsto a legislazione vigente per l'approvazione dei bilanci di previsione, il termine di cui all'articolo 7, comma 1 del presente decreto, è differito di trenta giorni successivi a quello di approvazione dei bilanci."

RITENUTO per quanto sopra esposto, di dover procedere all'approvazione provvisoria del PIAO 2025 in attesa dell'adozione del Bilancio Economico Preventivo 2025

TANTO PREMESSO, si propone l'adozione dell'Atto deliberativo avente per oggetto: "Adozione Provvisoria P.I.A.O. Piano integrato di attività e organizzazione anno 2025 dell'Azienda Sanitaria Locale di Brindisi".

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Maurizio De Nuccio, nominato con Deliberazione della Giunta Regionale Pugliese n. 1237 del 10/08/2023, coadiuvato dal Direttore Amministrativo Avv. Loredana Carulli e dal Direttore Sanitario Dott. Vincenzo Gigantelli;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario per quanto di rispettiva competenza;

DELIBERA

per i motivi espressi in narrativa da intendersi qui integralmente riportati e trascritti:

1. **adottare** in via provvisoria il P.I.A.O. Piano integrato di attività e organizzazione anno 2025 dell'Azienda Sanitaria Locale di Brindisi" costituito dalle seguenti sezioni:

Sezione 1:	Scheda Anagrafica dell'Amministrazione
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
Sezione 3:	Organizzazione e Capitale Umano
d. Sezione 3.1:	Struttura Organizzativa
e. Sezione 3.2:	Organizzazione del lavoro Agile
f. Sezione 3.3:	Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale
g. Sezione 3.3.1:	Piano per la Formazione del Personale
Sezione 4:	Monitoraggio

2. **dare mandato** al Responsabile della Prevenzione della Corruzione di adeguare lo stesso alle indicazioni fornite dall'ANAC sia con altri futuri atti di indirizzo, nonché in base alle esigenze evidenziate dalle successive attività di mappatura dei processi e dagli effettivi strumenti di contrasto adottati e adottati, tenendo presente che trattasi di un provvedimento suscettibile di integrazioni e modificazioni che nel tempo si renderanno necessarie ed opportune e, pertanto, in costante aggiornamento ed evoluzione;

3. **notificare** il Piano con la Deliberazione di approvazione a tutti i Direttori delle UU.OO. Amministrative e Sanitarie affinché prendano atto del contenuto del Piano, adempiano agli obblighi in esso previsti e forniscano i suggerimenti ritenuti utili ai fini dell'adeguamento e dell'integrazione delle misure di prevenzione nello stesso individuate;
4. **disporre** la pubblicazione del presente provvedimento e dell'allegato Piano sul sito istituzionale della ASL BR nel link "Amministrazione Trasparente" e all'interno di questa, nella sottosezione "Altri contenuti: Anticorruzione" e nello specifico link "Anticorruzione";
5. **di predisporre il** Piano integrato di attività e organizzazione definitivo anno 2025 dell'Azienda Sanitaria Locale di Brindisi dopo l'adozione del Bilancio Economico Preventivo 2025;
6. **dare atto** che la presente deliberazione non comporta costi, così come previsto dalla vigente normativa.

Il Direttore Amministrativo (Avv. Loredana Carulli)
Firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 e s.m.i.

Il Direttore Sanitario (Dott. Vincenzo Gigantelli)
Firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 e s.m.i.

Il Direttore Generale (Dott. Maurizio De Nuccio)
Firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 e s.m.i.

Con la sottoscrizione della presente deliberazione i Direttori dichiarano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ai sensi dell'art. 6 bis della Legge n. 241/1990, degli artt. 6, 7 e 13, co. 3, del D.P.R. n. 62/2013 e successive modificazioni ed integrazioni, tale da pregiudicare l'imparziale esercizio delle funzioni e compiti attribuiti, e di non trovarsi in alcuna situazione di incompatibilità ai sensi dell'art. 35 bis del D.Lgs. n. 165/2001.



ASL Brindisi

PugliaSalute

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 Logo Aziendale è il seguente:



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

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

Cosa Facciamo

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

La promozione della salute

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- ❖ il mantenimento e la promozione di legami collaborativi con il Volontariato organizzato.

IDENTITA'

L'azienda Sanitaria in cifre

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

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

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

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

Risorse Umane

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

Tipo contratto	RUOLO	Dipendenti	di cui Comando	Totale
AREA della SanitÃ	SANITARIO	759	5	759
AREA della SanitÃ Totale		759		759
Comparto sanitÃ	AMMINISTRATIVO	338	1	338
	PROFESSIONALE	2		2
	SANITARIO	2329	24	2329
	TECNICO	718	7	718
Comparto sanitÃ Totale		3387		3387
Dirigenza S.P.T.A.	AMMINISTRATIVO	23		23
	PROFESSIONALE	8		8
	SANITARIO	1		1
Dirigenza S.P.T.A. Totale		32		32

Totale complessivo		4178	37	4178
--------------------	--	------	----	------



Fonte: IASI

Dipendenti Anno 2023		4178
Uomini	1405	34%
Donne	2773	66%



Fonte: IASI

PIANO DI AZIONI POSITIVE

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

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

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

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

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

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

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

Strutture

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

- N. 3 Strutture Ospedaliere; occorre precisare che l'ASL BR a partire dal 01.12.2024 ha acquisito la completa gestione del Centro Neuro-motulesi di Ceglie M.ca.

- N. 3 Strutture Private Accreditate: Casa di cura Salus, Associazione La Nostra Famiglia e IRCC E.Medea.
- N. 4 Distretti Socio-Sanitari: con all'interno 5 PTA, 4 Ospedali di Comunità e 1 Hospice attivato nel corso del 2024.
- N. 15 Dipartimenti: Prevenzione, Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Medico, delle Direzioni Mediche dei Presidi Ospedalieri, Farmaceutico, Assistenza Territoriale, Onco-Ematologico-Radioterapico-Radiodiagnostico, Emergenza-Urgenza, Chirurgico-Ricostruttivo, Medicina di Laboratorio, Materno-Infantile, Cardio-Pneumologico-Riabilitativo, Giuridico-Amministrativo; Beni e Servizi;

Mandato Istituzionale e missione

Mandato istituzionale e riferimenti normativi

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

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

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

Missione

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

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

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

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

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

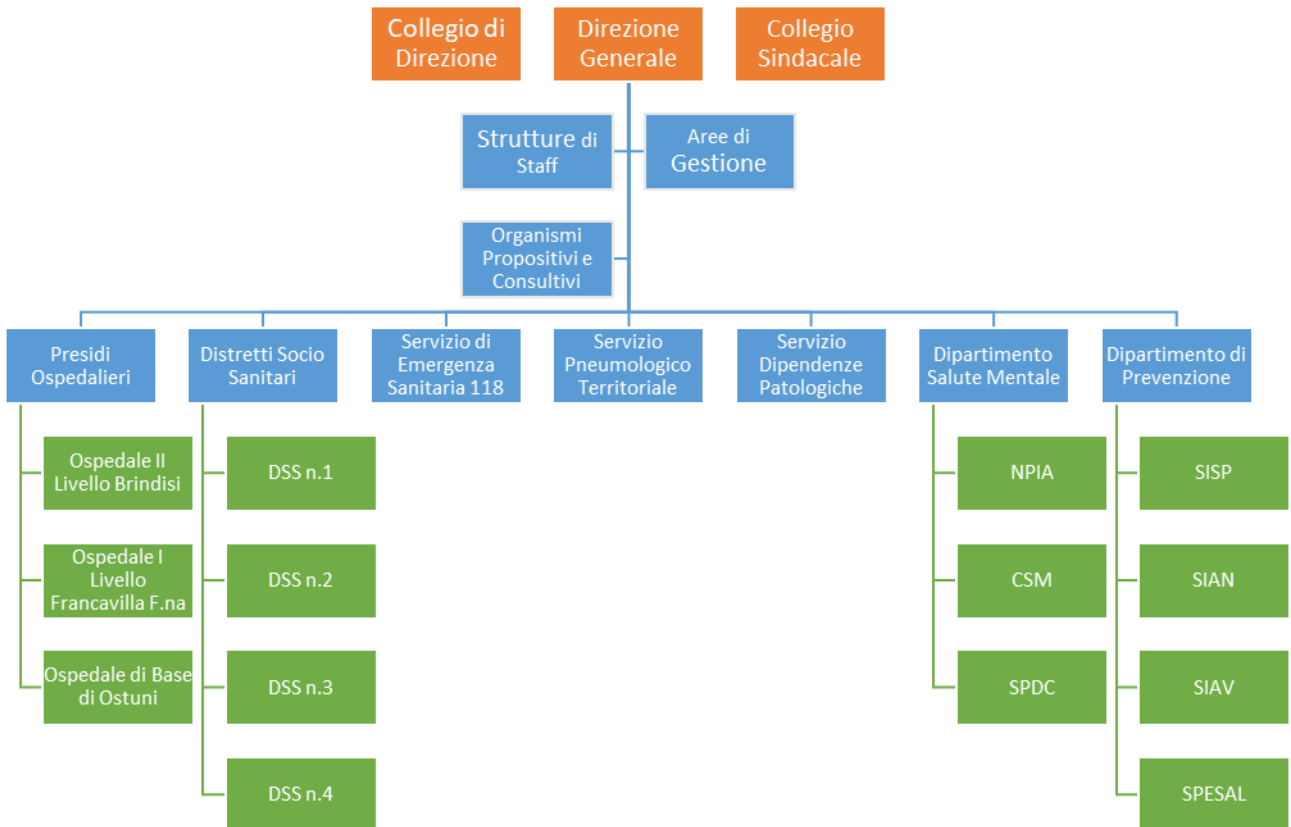
- orienta la propria azione al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni offerte e dell'efficienza dei Servizi, attraverso il consolidamento delle buone prassi, l'innovazione, anche tecnologica, essenziale per i continui cambiamenti del contesto in cui opera.

ANALISI DEL CONTESTO

Analisi del contesto Interno

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

ORGANIGRAMMA ASL BR



ORGANI DI GOVERNO E DIREZIONE STRATEGICA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Il Direttore Sanitario è preposto alla Direzione dei servizi sanitari. Supporta in Direttore Generale nella definizione delle linee strategiche aziendali riguardanti l'assistenza sanitaria ed il governo clinico avvalendosi della collaborazione dei dirigenti delle strutture sanitarie.

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

ORGANISMI PROPOSITIVI E CONSULTIVI

La Conferenza dei Sindaci

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

Svolge le seguenti funzioni:

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

Il Comitato Etico

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

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

territoriale e/o 1 pediatra di libera scelta, 1 biostatistico, 1 farmacologo, 1 farmacista, il direttore sanitario, 1 esperto in materia giuridica e assicurativa o 1 medico legale, 1 esperto di bioetica, 1 rappresentante del settore infermieristico ed 1 rappresentante del volontariato per l'assistenza e/o associazionismo di tutela dei pazienti.

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

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

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

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

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

personale alla missione dell'organizzazione, attraverso il Sistema di misurazione e valutazione della performance.

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

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

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

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

MODELLO ORGANIZZATIVO

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

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

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

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

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

A) ASSISTENZA COLLETTIVA

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.

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.

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

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

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

I Sistemi di controllo

Il controllo ordinario di natura amministrativa e contabile, 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 Assistiti, 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.

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

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

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

- 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. 2046 del 09.08.2023 ha nominato l'Organismo Indipendente di Valutazione in carica per tre anni, rinnovabili una sola volta.

Con successive Deliberazioni n. 1874/2013, n.2308/2013, n. 259/GC/2015, n. 984/2016, n. 2233/2017 e da ultima la n. 2285 del 19.09.2023 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 predispone il Bilancio Economico preventivo e i Conti Economici trimestrali, in conformità alle disposizioni nazionali e regionali.

Il D.P.C.M. del 30.06.2022 n.132 stabilisce all’art. 8 che:

“1. il Piano Integrato di attività ed organizzazione elaborati ai sensi del presente decreto assicura la coerenza dei propri contenuti ai documenti di programmazione finanziaria, previsti a legislazione vigente per ciascuna delle pubbliche amministrazioni, che ne costituiscono il necessario presupposto.

2. In ogni caso di differimento del termine previsto a legislazione vigente per l’approvazione dei bilanci di previsione, il termine di cui all’articolo 7, comma 1 del presente decreto, è differito di trenta giorni successivi a quello di approvazione dei bilanci.”

Occorre precisare che con nota prot. n.628075 del 17.12.2024 la Sezione Bilancio della Sanità e Sport della Regione Puglia ad oggetto “ Bilancio di Previsione 2025. Seguito nota prot. 0627687 del 17 dicembre 2024” ha fissato per il 15.02.2025 l’adozione del Bilancio Economico Preventivo 2025 (ex art. 5, comma 1 del Decreto Ministeriale del 24/05/2019 – Ministero della Salute).

Pertanto non disponendo, alla data di redazione del presente documento, dei dati relativi al Bilancio Economico Preventivo 2025, si espongono di seguito i dati relativi all’ultimo Bilancio d’esercizio adottato, che è riferito all’anno 2023; tanto al fine di inquadrare il contesto economico finanziario e patrimoniale dell’ASL BR,

Nella seguente tabella, sono riportati i dati di sintesi del Bilancio 2023 riclassificati e messi a confronto con quelli del Consuntivo 2022 (valori in €).

	Bilancio 2023	Bilancio 2022	Variazioni
	€	€	€
STATO PATRIMONIALE			
Attività	490.046.123	492.265.109	-2.218.986
Passività	272.996.478	283.396.240	-10.399.762
Patrimonio netto	217.049.645	208.868.869	8.180.776
CONTO ECONOMICO			
Valore della produzione	864.800.994	828.311.309	36.489.685
Costo della produzione	848.073.588	828.457.647	19.615.941
<i>Diff. tra val. e c.prod.</i>	<i>16.727.406</i>	<i>-146.338</i>	<i>16.873.744</i>
prov.ed on. fin., straord ed imposte	-16.716.871	-16.957.999	241.128
Risultato economico	10.535	-17.104.337	17.114.872
FLUSSO TESORERIA			
Disponibilità iniziali (a)	76.314.475	98.923.461	-22.608.985
Incassi	772.363.618	710.348.205	62.015.413
Pagamenti	774.394.006	732.957.190	41.436.816
Flusso netto del periodo e=b+c+d	1.623.072.099	1.542.228.856	80.843.244
Disponibilità finali	74.284.087	76.314.475	-2.030.388

Con riferimento alla situazione patrimoniale, si evidenzia, in via preliminare, un decremento complessivo delle attività determinato, prevalentemente, dai minori crediti verso la Regione Puglia (in diminuzione di €/000 7.892 rispetto al 2022), il cui importo complessivo alla data del 31.12.2023 è pari ad €/000 237.093.

		Bilancio 2023	Bilancio 2022	variazione	
				val.ass.	var.%
A)	IMMOBILIZZAZIONI	138.929.688	131.692.431	7.237.257	5,5
A.I)	IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI	606.176	731.787	-125.611	-17,2
A.II)	IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI	137.730.512	130.367.644	7.362.868	5,6
A.III)	IMMOBILIZZAZIONI FINANZIARIE (con separata indicazione, per ciascuna voce dei crediti, degli importi esigibili entro l'esercizio successivo)	593.000	593.000	-	-
B)	ATTIVO CIRCOLANTE	351.085.210	360.441.881	-9.356.671	-2,6
B.I)	RIMANENZE	20.395.083	17.939.086	2.455.997	13,7
B.II)	CREDITI (con separata indicazione, per ciascuna voce, degli importi esigibili oltre l'esercizio successivo)	255.951.933	265.638.043	-9.686.110	-3,6
B.II.1)	Crediti v/Stato	9.226.869	11.312.186	-2.085.317	-18,4
B.II.2)	Crediti v/Regione o Provincia Autonoma	237.093.499	244.985.274	-7.891.775	-3,2
B.II.3)	Crediti v/Comuni	346.054	340.194	5.860	1,7
B.II.4)	Crediti v/aziende sanitarie pubbliche e acconto quota FSR da distribuire	931.752	552.447	379.305	68,7
B.II.5)	Crediti v/società partecipate e/o enti dipendenti della Regione	179.078	179.077	1	0,0
B.II.6)	Crediti v/Erario	4.454.568	4.132.727	321.841	7,8
B.II.7)	Crediti v/altri	3.720.113	4.136.138	-416.025	-10,1
B.III)	ATTIVITA' FINANZIARIE CHE NON COSTITUISCONO IMMOBILIZZAZIONI	-	-	-	-
B.IV)	DISPONIBILITA' LIQUIDE	74.738.194	76.864.752	-2.126.558	-2,8
TOTALE C)	RATEI E RISCONTI ATTIVI	31.225	130.797	-99.572	-76,1
)(A+B+C)	TOTALE ATTIVO (A+B+C)	490.046.123	492.265.109	-2.218.986	-0,5

Dall'analisi della suddetta tabella si rileva un incremento delle immobilizzazioni, in particolare di quelle materiali. L'effetto algebrico tra il totale delle acquisizioni alla data del 31.12.2023 ed i relativi ammortamenti risulta quindi essere positivo. Si precisa che nel corso del presente esercizio quest'Azienda ha continuato ad effettuare gli interventi sugli immobili di cui ai programmi FESR e PNRR.

Con riferimento al Passivo si evidenzia una riduzione del valore dello stesso come sintetizzato nella seguente tabella.

	Bilancio 2023	Bilancio 2022	variazione	
			val.ass.	var. %
PATRIMONIO NETTO	217.049.645	208.868.869	8.180.776	3,9
Fondo di dotazione	896.666	896.666	-	-
Finanziamenti per investimenti	215.506.043	224.402.852	-8.896.809	-4,0
Riserve da donazioni e lasciti vincolati ad investimenti	274.599	311.888	-37.289	-12,0
Altre riserve	9.000	9.000	-	-
Contributi per ripiano perdite	-	-	-	-
Utili (perdite) portati a nuovo	352.799	352.800	-1	-0,0
Utile (perdita) dell'esercizio	10.538	-17.104.337	17.114.875	-100,1
FONDI PER RISCHI ED ONERI	81.983.033	78.313.836	3.669.197	4,7
Fondi per imposte, anche differite	-	-	-	-
Fondi per rischi	47.831.169	50.332.755	-2.501.586	-5,0
Fondi da distribuire	-	-	-	-
Quota inutilizzata contributi di parte corrente vincolati	7.206.516	6.740.494	466.022	6,9
Altri fondi oneri	26.945.348	21.240.587	5.704.761	26,9
TRATTAMENTO FINE RAPPORTO	5.737.874	5.577.315	160.559	2,9
Premi operosità	5.737.874	5.577.315	160.559	2,9
TFR personale dipendente	-	-	-	-
DEBITI (con separata indicazione, per ciascuna voce, degli importi esigibili oltre l'esercizio successivo)	185.266.823	199.493.767	-14.226.944	-7,1
Mutui passivi	-	-	-	-
Debiti v/Stato	-	-	-	-
Debiti v/Regione o Provincia Autonoma	3.211.279	4.876.789	-1.665.510	-34,2
Debiti v/Comuni	340.470	1.232.110	-891.640	-72,4
Debiti v/aziende sanitarie pubbliche	1.193.787	603.070	590.717	98,0
Debiti v/società partecipate e/o enti dipendenti della Regione	6.329.113	3.344.742	2.984.371	89,2
Debiti v/fornitori	118.052.665	136.798.631	-18.745.966	-13,7
Debiti v/Istituto Tesoriere	-	-	-	-
Debiti tributari	12.959.662	14.219.925	-1.260.263	-8,9
Debiti v/altri finanziatori	-	-	-	-
Debiti v/istituti previdenziali, assistenziali e sicurezza sociale	16.696.151	13.475.414	3.220.737	23,9
Debiti v/altri	26.483.696	24.943.086	1.540.610	6,2
RATEI E RISCOINTI PASSIVI	8.748	1.192	7.556	633,9
TOTALE PASSIVO E PATRIMONIO NETTO (A+B+C+D+E)	490.046.123	492.254.979	-2.208.856	-0,4

CONTO ECONOMICO 2023: CONFRONTO VERSO CE PREVENTIVO 2023 E VERSO CONSUNTIVO 2022

Nel presente paragrafo, in osservanza a quanto disposto dall'art. 32 della LR n. 38/94, si riporta un'analisi dei principali scostamenti rilevati tra i valori del Conto Economico 2023 e quelli del Bilancio di previsione dello stesso anno (di cui alla Delibera del Direttore Generale n. 3179 del 28.12.2022 ad oggetto "Bilancio economico preventivo 2023") oltre agli scostamenti tra il suddetto Conto Economico 2023 ed i valori di cui al Bilancio dell'esercizio 2022. Tali scostamenti si sintetizzano nella tabella seguente.

	Consuntivo A 2023 €	Consuntivo B 2022 €	Bilancio Econ. Preventivo C 2023 €	Variazione A-B €	Variazione A-C €
RICAVI					
Val. produzione	864.800.994	828.311.309	814.842.079	36.489.685	49.958.916
Altri proventi	2.888.198	3.169.294	1.327.664	-281.096	1.560.534
Totale ricavi	867.689.192	831.480.603	816.169.743	36.208.590	51.519.450
COSTI					
Costi produzione	848.073.588	828.457.647	841.856.570	19.615.941	6.217.018
Altri oneri	19.605.069	20.127.293	18.055.743	-522.224	1.549.326
Totale costi	867.678.657	848.584.940	859.912.313	19.093.717	7.766.344
RISULTATO ECONOMICO	10.535	-17.104.337	-43.742.570	17.114.872	43.753.105

il conto economico consuntivo 2023 evidenzia una perdita di €000 11.

I RICAVI

Nella tabella seguente sono riclassificati i ricavi del Bilancio 2023, confrontati con i valori di cui al Consuntivo 2022 ed al Bilancio economico preventivo 2023 (valori espressi in €).

Voci di bilancio	A Consuntivo 2023	B Consuntivo 2022	C Bilancio Econ. Preventivo 2023	Variazione A-B	Variazione A-C
Valore della produzione	864.800.994	828.311.309	814.842.079	36.489.685	49.958.916
Contributi	797.775.711	777.508.134	752.093.830	20.267.577	45.681.881
<i>di cui Contributi per asseg.</i>	776.223.891	762.572.871	743.047.265	13.651.020	33.176.626
<i>di cui Contributi finaliz.</i>	21.551.820	14.935.263	9.046.565	6.616.557	12.505.255
Proventi e ricavi diversi	49.602.068	47.460.565	44.186.996	2.141.503	5.415.072
<i>di cui mobilità attiva</i>	40.920.420	38.412.172	36.512.341	2.508.248	4.408.079
<i>di cui proventi e ric.ordinari</i>	8.681.648	9.048.393	7.674.655	-366.745	1.006.993
<i>Proventi diversi</i>	4.444.475	5.030.479	4.036.060	-586.004	408.415
<i>Proventi att.intram.</i>	3.776.476	3.438.563	3.166.294	337.913	610.181
<i>Ric. consul. san. pers. dip.</i>	460.697	579.351	472.301	-118.654	-11.603
Compartecipaz.spesa	4.334.401	3.635.406	4.833.568	698.996	-499.166
Utilizzo contrib.c/cap.	14.766.743	14.311.297	14.989.685	455.446	-222.942
Rettifica contrib. in c/es. per destinaz. ad	-1.677.929	-14.604.093	-1.262.000	12.926.164	-415.929
Altri proventi	2.888.198	3.169.294	1.327.664	-281.096	1.560.534
Finanziari	381.359	640.409	327.664	-259.050	53.695
Straordinari	2.506.839	2.528.885	1.000.000	-22.046	1.506.839
Totale ricavi	867.689.192	831.480.603	816.169.743	36.208.590	51.519.450

I COSTI

Nella tabella seguente sono stati riclassificati i costi del Bilancio d'esercizio 2023, confrontati con i valori di cui al Consuntivo 2022 ed al Bilancio di Previsione 2023 (valori in €).

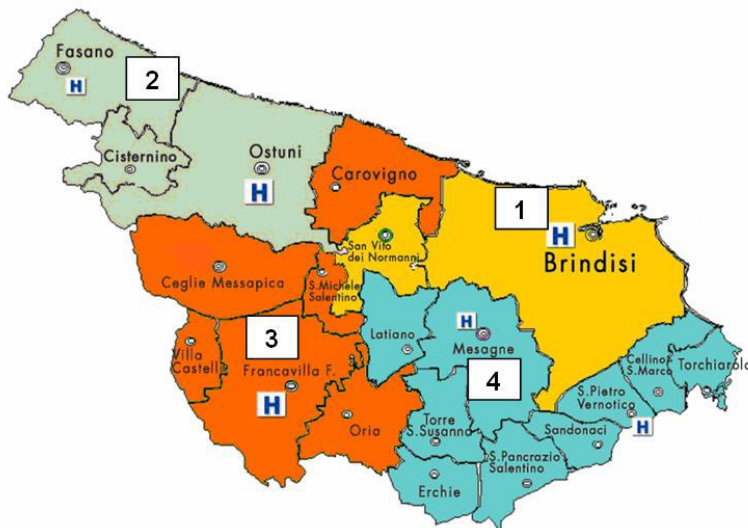
Voci di bilancio	A	B	C	Variazione A-B	Variazione A-C
	Consuntivo 2023	Consuntivo 2022	Bilancio Econ. Preventivo 2023		
Costo della produzione	848.073.588	828.457.647	841.856.570	19.615.941	6.217.018
Mobilità passiva	112.535.044	103.137.785	101.887.037	9.397.259	10.648.007
Convenzionata	223.369.354	214.986.426	228.591.064	8.382.928	-5.221.710
Personale	216.141.726	213.687.748	213.330.753	2.453.978	2.810.973
Consumo materiali	147.327.207	145.023.484	136.423.911	2.303.723	10.903.297
Servizi	72.352.650	70.743.828	68.714.077	1.608.822	3.638.574
leasing e noleggio	6.070.179	5.883.345	6.806.535	186.834	-736.356
manutenzioni	17.535.057	17.203.094	17.784.677	331.963	-249.620
consulenze	3.167.351	2.172.553	3.856.384	994.797	-689.034
di cui consulenze da personale dip	467.813	507.572	447.442	-39.759	20.371
di cui per prestazioni ex Art.55					
CCNL	2.427.269	1.417.344	3.287.397	1.009.926	-860.128
altre consulenze	272.268	247.638	121.545	24.630	150.723
utenze	15.572.870	15.374.239	26.876.652	198.632	-11.303.782
assicurazioni	390.965	333.762	349.769	57.204	41.196
Altri costi	5.782.864	5.326.131	5.081.607	456.733	701.257
di cui per att.intramuraria	2.764.139	2.725.002	2.435.170	39.136	328.968
altri costi	3.018.726	2.601.129	2.646.437	417.597	372.289
Anmortamenti	14.996.256	14.540.836	15.341.041	455.420	-344.785
Accantonamenti	12.832.064	20.044.415	16.813.063	-7.212.351	-3.980.999
Altri oneri	19.605.069	20.127.293	18.055.743	-522.224	1.549.326
Oneri Finanziari	18.324	58.721	32.244	-40.396	-13.919
Oneri Straordinari	1.756.142	2.855.340	1.000.000	-1.099.199	756.142
Tributari	17.830.603	17.213.232	17.023.499	617.371	807.104
Totale costi	867.678.657	848.584.940	859.912.313	19.093.717	7.766.344

Analisi del contesto Esterno

Contesto territoriale

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

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



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

Fonte: Estrazione dati ISTAT al 10.01.2025

Indicatori Sociodemografici

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

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

Fonte: Estrazione dati ISTAT al 10.01.2025

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

Fonte: Estrazione dati ISTAT al 10.01.2025

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

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

Fonte: dati ISTAT

Popolazione straniera residente al 1 gennaio anni 2022-2024										
Sesso	2021	2022			2023			2024		
	M	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Italia	2.524.644	2 468 202	2 562 514	5 030 716	2.517.539	2.623.802	5.141.341	2.602.650	2.651.008	5.253.658
Puglia	68.893	69 254	65 919	135 173	72.793	69.352	142.145	76.964	70.323	147.269
Brindisi	6.023	5 997	5 325	11 322	6.529	5785	12.314	6.887	5.859	12.746

Fonte: dati ISTAT

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

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

Tab.1.4 Decessi per cause di morte anno 2022

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

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

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

Sezione 2.1: Valore Pubblico

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

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

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

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

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

Sezione 2.2: Piano triennale della Performance 2025-2027

Finalità

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

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

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

A) ATTIVITA' DI PREVENZIONE

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

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

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

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

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

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

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

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

ATTIVITÀ DI PROFILASSI E SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INFETTIVE E PREVENZIONE VACCINALE

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

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

Andamento coperture vaccinali:

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

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

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.

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.

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
2023	103	56,7

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
2023	101,3	50,1

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
2023	86,1	21,2

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

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

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

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

TUTELA DELL'AMBIENTE

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

ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE

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

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

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

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

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

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

In particolare, garantisce le seguenti funzioni:

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

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

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

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

Garantisce le seguenti funzioni:

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

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

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

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

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

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PATRIMONIO ZOOTECNICO:

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

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

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

SIAV B

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

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

Garantisce le seguenti funzioni:

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

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

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

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.

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

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

B) ATTIVITÀ OSPEDALIERA

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

Anno 2023 - Dimessi Presidi ASL BR

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

Anno 2022- Dimessi Presidi ASL BR

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

Differenze 2023-2022 - Dimessi Presidi ASL BR

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

Dai suddetti report si evince:

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

Di seguito i dati di attività delle strutture private accreditate:

Anno 2023 - Dimessi Strutture Private ASL BR

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

Anno 2022 - Dimessi Strutture Private ASL BR

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

Differenze 2023-2022 - Strutture Private ASL BR

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

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

Ospedali di Comunità

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

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

Ricoveri Residenti ASL BR e Mobilità Sanitaria passiva

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

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

Ricoveri Residenti ASL BR - ricoveri ed importi presso tutte le strutture sanitarie anno 2023/2022/2019										
totale										
luogo di cura	totale 2023		totale 2022		totale 2019		diff. 2023-2022		diff. 2023-2019	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Presidi a gestione diretta ASL BR	20.264	49,56%	21.214	52,40%	26.661	55,30%	-950	-2,83%	-6.397	-2,90%
Casa di Cura Salus	1.309	3,20%	1.329	3,28%	2.159	4,48%	-20	-0,08%	-850	-1,20%
Fondazione San Raffaele -Ceglie M.ca	552	1,35%	434	1,07%	574	1,19%	118	0,28%	-22	-0,12%
sub totale strutture territorio ASL BR	22.125	54,12%	22.977	56,75%	29.394	60,97%	-852	-2,63%	-7.269	-4,22%
MOBILITA' PASSIVA infra REGIONALE	13.996	34,23%	12.724	31,43%	13.459	27,92%	1272	2,81%	537	3,51%
MOBILITA' PASSIVA EXTRA REGIONALE	4.763	11,65%	4.787	11,82%	5.361	11,12%	-24	-0,17%	-598	0,70%
totale	40.884	100,00%	40.488	100,00%	48.214	100,00%	396	0,00%	-7.330	0,00%
Popolazione Brindisi - ISTAT	379.522		379.851		387.817		-329		-8.295	
Tasso di ospedalizzazione	107,72		106,59		124,32		1		-17	
indicazioni da relazione Ministero della Salute "Rapporto Annuale sull'attività di ricovero ospedaliero -tab. 5.2										
Regione Puglia			106,26		124,89					
Nazionale			122,50		135,67					
regime ordinario										
luogo di cura	totale 2023		totale 2022		totale 2019		diff. 2023-2022		diff. 2023-2019	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Presidi a gestione diretta ASL BR	19.169	51,05%	19.955	53,90%	24.804	56,43%	-786	-2,84%	-5.635	-2,53%
Casa di Cura Salus	1.309	3,49%	1.329	3,59%	2.159	4,91%	-20	-0,10%	-850	-1,32%
Fondazione San Raffaele -Ceglie M.ca	328	0,87%	255	0,69%	386	0,88%	73	0,18%	-58	-0,19%
sub totale strutture territorio ASL BR	20.806	55,41%	21.539	58,18%	27.349	62,22%	-733	-2,76%	-6.543	-4,04%
MOBILITA' PASSIVA infra REGIONALE	13.064	34,79%	11.787	31,84%	12.436	28,29%	1277	2,96%	628	3,54%
MOBILITA' PASSIVA EXTRA REGIONALE	3.676	9,79%	3.697	9,99%	4.170	9,49%	-21	-0,20%	-494	0,50%
totale	37.546	100,00%	37.023	100,00%	43.955	100,00%	523	0,00%	-6.409	0,00%
Popolazione Brindisi - ISTAT	379.522		379.851		387.817		-329		-8.295	
Tasso di ospedalizzazione	98,93		97,47		113,34		1		-14	
indicazioni da relazione Ministero della Salute "Rapporto Annuale sull'attività di ricovero ospedaliero -tab. 5.2										
Regione Puglia			96,17		109,77					
Nazionale			95,53		104,38					
regime day hospital										
luogo di cura	totale 2023		totale 2022		totale 2019		diff. 2023-2022		diff. 2023-2019	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Presidi a gestione diretta ASL BR	1.095	32,80%	1.259	36,33%	1.857	43,60%	-164	-3,53%	-762	-7,27%
Casa di Cura Salus	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Fondazione San Raffaele -Ceglie M.ca	224	6,71%	179	5,17%	188	4,41%	45	1,54%	36	0,75%
sub totale strutture territorio ASL BR	1.319	39,51%	1.438	41,50%	2.045	48,02%	-119	-1,99%	-726	-6,52%
MOBILITA' PASSIVA infra REGIONALE*	932	27,92%	937	27,04%	1.023	24,02%	-5	0,88%	-91	3,02%
MOBILITA' PASSIVA EXTRA REGIONALE*	1.087	32,56%	1.090	31,46%	1.191	27,96%	-3	1,11%	-104	3,49%
totale	3.338	100,00%	3.465	100,00%	4.259	100,00%	-127	0,00%	-921	0,00%
Popolazione Brindisi - ISTAT	379.522		379.851		387.817		-329		-8.295	
Tasso di ospedalizzazione	8,80		9,12		10,98		0		-2	
indicazioni da relazione Ministero della Salute "Rapporto Annuale sull'attività di ricovero ospedaliero -tab. 5.2										
Regione Puglia			10,09		11,32					
Nazionale			26,87		29,12					

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	
STRUTTURE	2023	2022	Val. Ass.	Var. %	2023	2022	Val. Ass.	Var. %
Distretti	421.421	410.178	11.243	3%	12.364.438	12.647.060	- 282.622	-2%
Ospedali	2.646.437	2.232.166	414.271	19%	38.938.855	35.250.496	3.688.359	10%
Totale	3.067.858	2.642.344	425.514	16%	51.303.293	47.897.556	3.405.737	7%

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

Prestazioni specialistiche ambulatoriali ospedaliere – anni 2022-2023

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

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

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

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

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

Prestazioni specialistica ambulatoriale territoriale – anni 2023-2022

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

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

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

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	
		POL. SAN VITO DEI NORMANNI	6801 - PNEUMOLOGIA 6901 - RADIOLOGIA 6931 - UOSD SENOLOGIA TERRITORIALE 7101 - REUMATOLOGIA 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 - ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA
		3801 - OTORINO
		4301 - UROLOGIA
		5201 - DERMATOLOGIA
		5601 - FISIATRIA
		5801 - GASTROENTEROLOGIA
	6901 - RADIOLOGIA	
	POL. FASANO	0801 - CARDIOLOGIA
		0901 - CHIRURGIA GENERALE
		1201 - CHIRURGIA PLASTICA
		1501 - MEDICINA DELLO SPORT
		1813 - CENTRO PRELIEVI
		1905 - ENDOCRINOLOGIA
		2101 - GERIATRIA
		2602 - MEDICINA GENERALE
		2901 - NEFROLOGIA
		2906 - EMODIALISI NEFROLOGIA
		3202 - NEUROLOGIA
		3401 - OCULISTICA
		3501 - ODONTOIATRIA
		3601 - ORTOPIEDIA
		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
		5603 - MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE (FISIATRIA)
	POL. CEGLIE MESSAPICA	0801 - CARDIOLOGIA
		0901 - CHIRURGIA GENERALE
		1813 - CENTRO PRELIEVI
		1903 - MALATTIE ENDOCRINE, DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZIONE
		2101 - GERIATRIA
		3202 - NEUROLOGIA
		3401 - OCULISTICA
		3501 - ODONTOIATRIA
		3601 - ORTOPEDIA
		3701 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA
		3801 - OTORINO
		4001 - PSICOLOGIA
		4301 - UROLOGIA
		5201 - DERMATOLOGIA
		5601 - FISIOKINESITERAPIA
		5605 - FISIATRIA
		5801 - GASTROENTEROLOGIA
	6801 - PNEUMOLOGIA	
	6901 - RADIOLOGIA	
	6910 - TAC	
	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 - OSTETRICA E GINECOLOGIA	
		3801 - OTORINO	
		4001 - PSICOLOGIA	
		4301 - UROLOGIA	
		4309 - DAY SERVICE UROLOGIA	
		5201 - DERMATOLOGIA	
		5601 - FISIOKINESITERAPIA	
		5801 - GASTROENTEROLOGIA	
		6901 - RADIOLOGIA	
		6902 - TAC	
		6918 - RISONANZA MAGNETICA ARTROSCAN	
		POL. SAN DONACI	1905 - ENDOCRINOLOGIA
		POL. SAN PANCRAZIO SALENTINO	3202 - NEUROLOGIA
			3801 - OTORINO
			5201 - DERMATOLOGIA
		POL. SAN PIETRO VERNOTICO	0003 - AMBULATORIO INFERMIERISTICO
	1804 - CENTRO PRELIEVI		
	3501 - ODONTOIATRIA		
	0101 - ALLERGOLOGIA		
	0801 - CARDIOLOGIA		
	1401 - CHIRURGIA VASCOLARE		
	1501 - MEDICINA DELLO SPORT		
	1813 - CENTRO PRELIEVI		
	1905 - ENDOCRINOLOGIA		
	2101 - GERIATRIA		
	2901 - NEFROLOGIA		
	3202 - NEUROLOGIA		
	3401 - OCULISTICA		
	3501 - ODONTOIATRIA		
3701 - OSTETRICA E GINECOLOGIA			
3801 - OTORINO			
4301 - UROLOGIA			
5201 - DERMATOLOGIA			
5601 - FISIATRIA			
5801 - GASTROENTEROLOGIA			
6901 - RADIOLOGIA			
POL. TORRE SANTA SUSANNA	1804 - CENTRO PRELIEVI		

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

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

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

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

D) CURE PRIMARIE EROGATE

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

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

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

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

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	30	0	0	47	8	85

Fonte: EDOTTO

Il rapporto con gli assistiti, caratterizzato dalla fiducia e dalla libera scelta, pone i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta nella condizione di governare i percorsi diagnostici terapeutici, favorendo la continuità e l'integrazione tra i diversi livelli di cura. In questo processo si integrano i Medici di continuità assistenziale e gli altri specialisti ambulatoriali presenti nelle strutture

distrettuali. Si riporta di seguito la situazione delle attività svolte in collaborazione dai medici MMG e PLS (media mensile anno 2024).

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

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

Fonte:Edotto

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

Medici Specialisti ambulatoriali

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

ORE COMPLESSIVE CONFERITE PER BRANCA NEL 2024

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

Fonte:Edotto

Albero della Performance

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

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

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

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

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

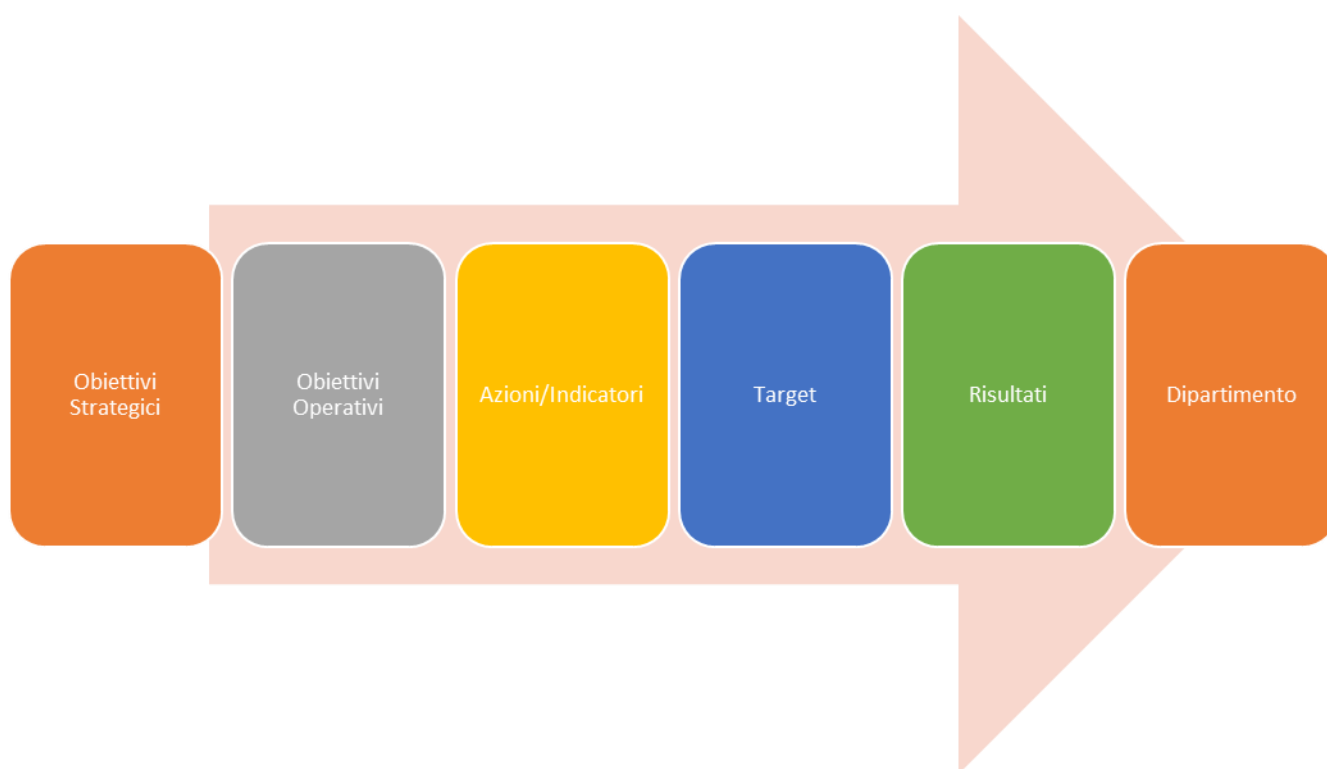
Nella costruzione del Piano della Performance sono state individuate sedici diverse **Aree strategiche**, comprensive degli obiettivi di mandato, degli obiettivi a pena di decadenza e degli obiettivi economico-gestionali. Le predette Aree strategiche sono coincidenti con le macro-aree obiettivo in cui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

Le Aree/Obiettivi strategici risultano così individuati:

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

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

Processo a blocchi continuo



Si rimanda alla griglia allegata per un ulteriore dettaglio.

Analisi SWOT

L'analisi SWOT¹ costituisce una parte rilevante del presente Piano in quanto consente di sintetizzare e rappresentare plasticamente le dimensioni in cui si trova ad operare l'Azienda. Le considerazioni elaborate attraverso questo strumento sono frutto delle sensibilità raccolte all'interno delle strutture aziendali in fase di elaborazione del Piano.

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

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

¹ SWOT: Strengths (punti di forza), Weaknesses (punti di debolezza), Opportunities (opportunità) e Threats (minacce).

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

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

PUNTI DI FORZA

- Competenza tecnico professionale
- Dotazione di tecnologie diagnostiche e terapeutiche avanzate e innovative
- Articolazione organizzativa in Dipartimenti che 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 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 InnovaPuglia S.p.A. quale centrale regionale di committenza ai sensi dell'art. 20 della L.R. n. 37/2014 o, in mancanza, di convenzioni attivate da CONSIP. In assenza di convenzioni, vige comunque l'obbligo di ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla CONSIP o da InnovaPuglia S.p.A.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Azioni/Indicatori e target di riferimento

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

Ciclo delle performance

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Correlazione con il piano per la prevenzione della corruzione

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

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

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

Correlazione con il sistema di valutazione della performance individuale

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

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

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

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

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

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

Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance

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

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

Sezione 2.1:
Rischi Corruttivi e Trasparenza

PIANO TRIENNALE
DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE ASL BRINDISI

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

ASL BRINDISI

AGGIORNAMENTO 2025 – 2027

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. 231 del 31.01.2024

PREMESSA

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

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

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

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

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

Il Piano dell’ASL Brindisi è stato inizialmente adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 181 del 30.1.2014, su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione ed è stato trasmesso al

Dipartimento della Funzione Pubblica ed alla Regione Puglia e al Collegio Sindacale e successivamente è stato aggiornato con cadenza annuale, con le deliberazioni D.G. n.734 del 5.5.2015, n.190 del 3.2.2016, n. 191 del 31.1.2017, n. 214 del 31.01.2018, n. 192 del 31.01.2019, n. 240 del 31/01/2020, n. 895 del 31/03/2021, n. 1727 del 30/06/2022, n. 223 del 31/01/2023 (PIAO) e 231 del 31.1.2024.

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

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

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

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

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

Il presente aggiornamento 2025 del Piano della ASL di Brindisi integra la strategia aziendale per l'anticorruzione per il prossimo triennio, previa attuazione del nuovo Atto Aziendale, allo stato all'esame della Giunta Regionale nella sua bozza progettuale, presupposto indispensabile per la totale mappatura dei processi aziendali e completare la strategia anticorruzione aziendale e si integra nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione di seguito anche (PIAO)

DEFINIZIONE DI CORRUZIONE

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

Esso è comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati. Le situazioni rilevanti sono più ampie della fattispecie penalistica, che è disciplinata negli artt. 318, 319 e 319 ter, c.p., e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I, del codice penale, ma anche le situazioni di *maladministration* in cui, a prescindere dalla rilevanza penale dei comportamenti, 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'Agenda Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS).

La complessiva strategia anticorruzione nazionale nel corso degli anni è stata arricchita da importanti novità legislative, rappresentate 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 inconfiribilità 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, recentemente aggiornato con il **decreto del Presidente della Repubblica 13 giugno 2023 n. 81**, entrato in vigore in data 14 luglio 2023;

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 presente Piano fa parte integrante e ne costituisce un'apposita Sezione, limitandosi a richiamare sinteticamente alcuni degli aspetti ritenuti rilevanti.

LA STRATEGIA DI PREVENZIONE AZIENDALE A LIVELLO DECENTRATO

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

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

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

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

OBIETTIVI STRATEGICI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il Piano quindi è un programma di attività, con indicazione delle aree di rischio e dei rischi specifici, delle misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici, dei responsabili per l'applicazione di ciascuna misura e dei tempi. Il 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 Piano 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 accordo con quanto stabilito dalla legge n. 190/2012 e dal PNA, gli ambiti/macro settori presenti all'interno del Piano dell'Azienda, che ne assicurano una adeguata articolazione sono i seguenti:

Soggetti

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

Aree a rischio

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

Misure obbligatorie e ulteriori

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

Tempi e modalità di attuazione

sono indicati i tempi e le modalità di valutazione e controllo dell'efficacia del 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 Piano come **sezione dedicata alla "Trasparenza" come misura di prevenzione della corruzione** ed è delineato coordinando gli adempimenti relativi agli obblighi di trasparenza previsti nel D. Lgs. n. 33/2013, e ss. mm. ed ii., con le aree di rischio, in modo da capitalizzare gli adempimenti posti in essere dall'amministrazione.

Gestione del rischio

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

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

SOGGETTI E RESPONSABILITÀ DELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE DELLA ASL BRINDISI

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

- a. il Direttore Generale quale 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. Al fine di rendere l'azione del RPCT effettiva nell'organizzazione aziendale, viene coadiuvato da una struttura di supporto in cui sono presenti tutte le professionalità coinvolte nel processo di prevenzione delle corruzione e trasparenza.

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

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

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

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

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

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

Non può essere nominato RPCT il dirigente Responsabile dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari,

per la possibile ricorrenza di situazioni di conflitto di interesse che può essere determinato dalla sovrapposizione tra le due figure.

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

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

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

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

L'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 inconfiribilità o incompatibilità stabiliti dalla legge, affinché il Responsabile proceda alla relativa, dovuta contestazione;
- concorrere con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione a curare la diffusione della conoscenza del codice di comportamento nell'amministrazione ed il monitoraggio annuale sulla sua attuazione, in raccordo con l'Ufficio Procedimenti Disciplinari.

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

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

I 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	ARTIURO OLIVA
DISTRETTO S.S. 2 FASANO	GIUSEPPE PACE
DISTRETTO S.S. 3 FRANCAVILLA FONTANA	GABRIELE ARGENTIERI
DISTRETTO S.S. 4 MESAGNE	MICHELE MORGILLO
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	STEFANO TERMITE
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	ALESSANDRO SAPONARO
STRUTTURA DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE	GIACOMO DACHLILE
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	GABRIELE GARZYA
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:

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

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

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

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

OBLIGHI 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’ASL BR determina, per ciascuna area di rischio individuata, esigenze di intervento, misure di prevenzione da implementare per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, con l’indicazione di modalità, responsabili, tempi d’attuazione e indicatori.

Le misure si classificano come:

- **misure obbligatorie**, sono quelle la cui applicazione discende obbligatoriamente dalla

legge o da altre fonti normative;

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

- 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 proceda 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.

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 2025 – 2027 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 giudiziari (in particolare, i procedimenti e le decisioni penali o di responsabilità amministrativa) o disciplinari (procedimenti avviati, sanzioni irrogate) che hanno interessato l'Azienda.

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

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

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

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

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

METODOLOGIA DI PONDERAZIONE DEL RISCHIO

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

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

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

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

Il Piano Nazionale Anticorruzione con la Tabella Allegato 5, per stimare la probabilità e l'impatto e per valutare il livello di rischio del processo suggerisce di seguire la metodologia della norma UNI ISO 31000:2010 che definisce principi e linee guida per la gestione del rischio generale.

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

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

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

alto.

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

finale da 1 a 6 = Rischio basso (B)

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

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

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

L'impatto si misura in termini di:

- impatto economico
- impatto organizzativo
- impatto reputazionale

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

Per l'attività di analisi del rischio il 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 2025 è stato differito al 31/01/2025.

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

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

Rischio basso-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 Deliberazione n. 302 del 17/02/2017 si approvava, a stralcio del definendo nuovo Atto Aziendale, la riorganizzazione in senso dipartimentale della ASL Br, alla quale si apportavano modifiche ed integrazioni per effetto delle Deliberazioni n. 884 del 25/05/2017, n. 122 del 18/01/2018, n. 220 del 05/02/2018, n. 2154 del 15/10/2020, n. 2383 del 6/11/2020, n. 2145 del 19/8/2021, n. 2805 del 28/10/2021, n. 3212 del

06/12/2021 e n. 1206/2022 che hanno portato, di fatto, all'approvazione di un nuovo modello organizzativo in senso dipartimentale il cui regolamento funzionale è stato approvato con Deliberazione n. 1164 del 28/04/2021.

Allo stato è all'esame della Giunta Regionale la nuova proposta di Atto Aziendale di cui all'art. 3, co. 1 bis, del D.Lgs. n. 502/1992. E' evidente, pertanto, che l'organizzazione attuale e la relativa mappatura di rischio dovrà essere rivista alla luce delle determinazioni che saranno assunte con l'Atto Aziendale.

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
UOS – Farmacia Ospedaliera P.O. Francavilla F.	Rimborsi per erogazione farmaci, certificazioni, ispezioni-controlli, sussidi	MEDIO
UOC – Area Farmaceutica	Rimborsi per erogazione farmaci, certificazioni, ispezioni-controlli, sussidi	MEDIO
UOC – Distretto Socio Sanitario Brindisi	Controllo attività, assistenza specialistica convenzionata, assistenza sanitaria di base, assistenza protesica, assistenza domiciliare integrata	ALTO
UOC – Distretto Socio Sanitario Mesagne	Controllo attività, assistenza specialistica convenzionata, assistenza sanitaria di base, assistenza protesica, assistenza domiciliare integrata	ALTO
UOC – Distretto Socio Sanitario Francavilla F.	Controllo attività, assistenza specialistica convenzionata, assistenza sanitaria di base, assistenza protesica, assistenza domiciliare integrata	ALTO
UOC – Distretto Socio Sanitario Fasano	Controllo attività, assistenza specialistica convenzionata, assistenza sanitaria di base, assistenza protesica, assistenza domiciliare integrata	ALTO
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 (<i>UOC ospedaliera</i>)	Programmazione e controllo attività	MEDIO
UOC – SPDC S. Pietro V. (<i>UOC ospedaliera</i>)	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
UUOCC – Direzioni Amministrative Presidi Ospedalieri Brindisi, Francavilla Fontana/Ostuni	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 programmatica 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 ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
- d) processi finalizzati all’adozione di provvedimenti ampliativi 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

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 complementarità con le altre misure di prevenzione.

Per le considerazioni di cui sopra, essa va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione e utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale.

Ove, pertanto, non sia possibile utilizzare la rotazione come misura di prevenzione contro la corruzione, le amministrazioni sono tenute a operare scelte organizzative, nonché ad adottare altre misure di natura preventiva che possono avere effetti analoghi, quali a titolo esemplificativo, la previsione da parte del dirigente di modalità operative che favoriscono una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza "interna" delle attività o ancora l'articolazione delle competenze, c.d. "segregazione delle funzioni".

I provvedimenti in materia di rotazione del personale devono ponderare le generali esigenze organizzative aziendali e quelle specifiche di struttura e tenere in conto le indicazioni della programmazione nazionale, regionale e aziendale, ivi compresi i piani di riforma del Servizio Sanitario Regionale.

La rotazione, già con la riforma Brunetta, d.lgs. 150/2009, è stata considerata come strumento fondamentale di trasparenza e contrasto alla corruzione. Infatti, è stata inserita come una delle misure gestionali proprie dei dirigenti: l'articolo 16, comma 1, lett. 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. I *quater*), del D. Lgs. n. 165/2001.

L'introduzione della misura è accompagnata da strumenti ed accorgimenti per assicurare continuità all'azione amministrativa.

In sanità l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali.

Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di *expertise* consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità.

I settori Tecnico, Amministrativo e Professionale, richiedono anch'essi, in molti casi, competenze specifiche con figure in grado di ricoprire ruoli specifici (ad es., ingegneria clinica, fisica sanitaria, Avvocati, informatici, ecc.) che spesso risultano essere in numero molto limitato all'interno di un'azienda.

Anche per quanto attiene il personale dirigenziale, la rotazione dei responsabili dei settori più esposti al rischio di corruzione presenta delle criticità particolari. I dirigenti, infatti, per il tipo di poteri che esercitano e per il fatto di costituire un riferimento per il personale dipendente, sono le figure la cui funzione e azione - ove abusata - può provocare danni consistenti. Si tratta quindi di figure che dovrebbero essere maggiormente soggette a ruotare.

Al fine di contemperare l'esigenza della rotazione degli incarichi con quella del mantenimento dei livelli di competenze in un quadro generale di accrescimento delle capacità complessive dell'amministrazione sanitaria, per mettere in atto questa misura occorre preliminarmente individuare le ipotesi in cui è possibile procedere alla rotazione degli incarichi attraverso la puntuale mappatura degli incarichi/funzioni apicali più sensibili (ad esempio quelli relativi a posizioni di governo delle risorse come acquisti, rapporti con il privato accreditato, convenzioni/autorizzazioni, assunzione del personale ecc.), a partire dall'individuazione delle funzioni fungibili e utilizzando tutti gli strumenti disponibili in tema di gestione del personale ed allocazione delle risorse.

Le aziende sanitarie dovranno porre in essere le condizioni per reperire più professionalità in grado, di volta in volta, di sostituire quelle in atto incaricate, mediante un processo di pianificazione della rotazione e di una sua graduazione in funzione dei diversi gradi di responsabilità e di accompagnamento attraverso la costruzione di competenze.

Presupposto necessario per affrontare questo processo è la ricognizione della geografia organizzativa delle aziende sanitarie, anche con specifico riferimento ai funzionigramma relativi alle aree da sottoporre a rotazione, in modo da contemperare la concreta efficacia della misura di prevenzione con le esigenze funzionali e organizzative dell'azienda sanitaria, anche in relazione alla necessità di avvalersi, per taluni settori, di professionalità specialistiche.

Esistono, tuttavia, diversi aspetti da considerare a seconda che si tratti di personale di area clinica, tecnica e amministrativa e delle altre professioni sanitarie.

Il **personale medico** è tutto inquadrato nel ruolo dirigenziale. Le posizioni di maggiore interesse potrebbero essere quelle relative alla direzione di unità operative complesse (di seguito UOC), a valenza dipartimentale (di seguito UOSD) e Dipartimenti. A parte alcune eccezioni (che dovrebbero ridursi in misura rilevante con l'applicazione del decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n.70 «*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*») le posizioni apicali di Direttore di UOC, le cui funzioni cliniche prevalgono su quelle gestionali, sono assegnate per concorso e sono generalmente infungibili all'interno di una azienda sanitaria.

Le posizioni di Direttore di Dipartimento (funzioni prevalentemente gestionali) devono essere conferite ad un Dirigente di UOC tra quelli afferenti al dipartimento, pertanto è possibile ritenere che tutti i dirigenti di quel dipartimento siano potenzialmente suscettibili di ricoprire a rotazione l'incarico.

Nell'ambito delle ASL, i Direttori di Distretto e i Direttori medici di Presidio, nel caso di più presidi, svolgendo funzioni prevalentemente gestionali e meno clinico-assistenziali, possono essere assoggettabili al processo di rotazione.

La stessa cosa potrebbe avvenire per i primari di UOC con funzioni analoghe collocate nella rete di presidi ospedalieri della ASL.

Per il personale di **area tecnica, professionale ed amministrativa** non esiste una specificità di profilo per ricoprire un incarico apicale, come nel caso dei clinici; tuttavia è fondamentale non perdere una specificità di competenza che deriva dalla formazione e dall'esperienza.

Le aziende sanitarie devono realizzare le condizioni per la fungibilità attraverso processi di pianificazione e di qualificazione professionale.

Una rotazione effettuata in assenza dei presupposti pianificatori ed organizzativi, potrebbe determinare che i dirigenti che non hanno ancora maturato le competenze e l'esperienza diventino eccessivamente dipendenti dall'esperienza consolidata in capo a funzionari esperti.

In caso di competenze infungibili, si potrebbe optare per la c.d. "segregazione di funzioni", attuabile nei processi decisionali composti da più fasi e livelli (ad esempio nel ciclo degli acquisti, distinguendo le funzioni di programmazione e quella di esecuzione dei contratti).

Nei casi di processi decisionali brevi, come, ad esempio, quelli relativi ad attività ispettive, incarichi legali, incarichi all'interno di commissioni di selezione ecc., si ritengono applicabili misure di rotazione da attuarsi anche all'interno di albi opportunamente istituiti, così come già posto in essere da l'ASL BR.

Per altre **professioni sanitarie**, come ad esempio i farmacisti e le professioni infermieristiche con funzioni di responsabilità e di coordinamento, il cui ruolo è strategico all'interno dell'organizzazione in quanto a gestione di risorse, costituendo gli stessi un anello determinante nella catena del processo decisionale (relativo ad esempio all'introduzione di farmaci e di dispositivi medici nella pratica clinica ed assistenziale), l'applicazione del principio della rotazione si rivela opportuno e presenta margini di possibile applicazione.

In questo importante ambito professionale, infatti, la maturazione di *expertise* per settori specifici, se da un lato può richiedere un periodo di tempo necessario per l'acquisizione della piena autonomia nell'esercizio della funzione, per altro verso, il meccanismo della rotazione, attuato attraverso gli adeguati strumenti di pianificazione e di graduazione delle competenze in proporzione ai livelli di responsabilità attribuiti, come ad esempio la previsione di periodi di affiancamento e di formazione specialistica per settore, consente di valorizzare il capitale professionale disponibile anche ai fini della valutazione delle performance individuali e dell'intera organizzazione.

Le condizioni in cui è possibile realizzare la rotazione sono strettamente connesse a **vincoli di natura soggettiva** attinenti al rapporto di lavoro e a **vincoli di natura oggettiva**, connessi all'assetto organizzativo dell'amministrazione.

Le amministrazioni sono tenute ad adottare misure di rotazione compatibili con eventuali diritti individuali dei dipendenti interessati soprattutto laddove le misure si riflettono sulla sede di servizio del dipendente. Si fa riferimento a titolo esemplificativo ai diritti sindacali, alla legge 5 febbraio 1992 n. 104 (tra gli altri il permesso di assistere un familiare con disabilità) e al d.lgs. 26 marzo 2001, n. 151 (congedo parentale).

Con riferimento all'applicabilità della misura della rotazione, se attuata tra sedi di lavoro differenti, nei confronti del personale dipendente che riveste il ruolo di dirigente sindacale, si ritiene necessaria, in conformità con recenti orientamenti giurisprudenziali, una preventiva informativa da indirizzarsi all'Organizzazione sindacale con lo scopo di consentire a quest'ultima di formulare in tempi brevi osservazioni e proposte in ragione dei singoli casi.

La rotazione va correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico.

Si tratta di esigenze già evidenziate dall'ANAC nella propria delibera n. 13 del 4 febbraio 2015, per l'attuazione dell'art. 1, co. 60 e 61, della l. 190/2012, ove si esclude che la rotazione possa implicare il conferimento di incarichi a soggetti privi delle competenze necessarie per assicurare la continuità dell'azione amministrativa.

Tra i condizionamenti all'applicazione della rotazione vi può essere quello della cosiddetta infungibilità derivante dall'appartenenza a categorie o professionalità specifiche, anche tenuto conto di ordinamenti peculiari di settore o di particolari requisiti di reclutamento.

Occorre tenere presente, inoltre, che sussistono alcune **ipotesi in cui è la stessa legge** che stabilisce espressamente **la specifica qualifica professionale** che devono possedere alcuni soggetti che lavorano in determinati uffici, qualifica direttamente correlata alle funzioni attribuite a detti uffici; ciò avviene di norma nei casi in cui lo svolgimento di una prestazione è direttamente correlato al possesso di un'abilitazione professionale e all'iscrizione nel relativo albo.

Nel caso in cui si tratti di categorie professionali omogenee non si può invocare il concetto di infungibilità. Rimane sempre rilevante, anche ai fini della rotazione, la valutazione delle attitudini e delle capacità professionali del singolo.

Proprio per prevenire situazioni come questa, in cui la rotazione sembrerebbe esclusa da circostanze dovute esclusivamente alla elevata preparazione di determinati dipendenti, le amministrazioni dovrebbero programmare adeguate attività di affiancamento propedeutiche alla rotazione.

Le unità operative interessate alla presente Pianificazione (di seguito indicate come strutture a rischio corruzione) sono quelle individuate dal Piano Nazionale Anticorruzione e di volta in volta nel 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 inconfiribilità 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 inconfiribilità non può essere sanata. Per il caso in cui le cause di inconfiribilità, 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 inconfiribilità 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 inconfiribili 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 inconfiribilità, 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 del l'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 inconfiribilità 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 interpellanti per l’attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le cause di incompatibilità;
- i soggetti interessati rendano la dichiarazione di insussistenza delle cause di incompatibilità all’atto del conferimento dell’incarico e nel corso del rapporto (con cadenza annuale, fissata nel mese gennaio di ogni anno).

In base alla Intesa sancita in data 24 luglio 2013 tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l’attuazione dell’art. 1, commi 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n. 190 (provvedimento di Repertorio atti n. 79/CU in data 24 luglio 2013), le situazioni di incompatibilità (d. lgs. n. 39 del 2013) sono contestate dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione dell’ente che ha conferito l’incarico dirigenziale. In linea con quanto previsto dall’art. 1, comma 1, e dall’art. 19, comma 2, del d.lgs. n. 39/2013, il collocamento in aspettativa o fuori ruolo del dipendente, ove previsti dalla normativa, consente di superare l’incompatibilità.

In riferimento all'art. 20, comma 2, del d.lgs. n. 39/2013, i soggetti interessati sono tenuti a rendere la dichiarazione sull'insussistenza delle cause di incompatibilità annualmente nel termine stabilito da ciascun ente (che viene fissato da questa Azienda nel mese di gennaio di ogni anno). La dichiarazione deve altresì essere resa tempestivamente all'insorgere della causa di incompatibilità, al fine di consentire l'adozione delle conseguenti iniziative da parte dell'Azienda. In riferimento al medesimo articolo nel comma 2 la locuzione di incarico professionale non si riferisce alle tipologie contrattuali proprie della medicina convenzionata.

La dichiarazione sostitutiva sull'insussistenza di cause di incompatibilità, resa dai soggetti interessati, deve essere pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda (art. 20 D. Lgs. n. 39/2013), a cura del Responsabile del Servizio Informazioni e Comunicazione Istituzionale (S.I.C.I.).

ATTIVITA' SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (PANTOUFLAGE)

La L. n. 190/2012 ha introdotto un nuovo comma nell'ambito dell'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001 volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro. Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa artatamente precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. La norma prevede quindi una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la "convenienza" di accordi fraudolenti.

L'art. 53 co.16 ter del D.Lgs. 165/2001 stabilisce che: "I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti".

L'ambito della norma è riferito a quei dipendenti che **nel corso degli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'amministrazione** con riferimento allo svolgimento di attività presso i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi.

I "dipendenti" interessati sono coloro che per il ruolo e la posizione ricoperti nell'amministrazione hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabile del procedimento nel caso previsto dall'art. 125, commi 8 e 11, del d.lgs. n. 163/2006).

I predetti soggetti nel triennio successivo alla cessazione del rapporto con l'amministrazione, qualunque sia la causa di cessazione (e quindi anche in caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione), non possono avere alcun rapporto di lavoro autonomo o subordinato con i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi.

La norma prevede delle sanzioni per il caso di violazione del divieto, che consistono in sanzioni sull'atto e sanzioni sui soggetti:

- sanzioni sull'atto: i contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli;
- sanzioni sui soggetti: i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con la pubblica amministrazione di provenienza dell'ex dipendente per i successivi tre anni ed hanno l'obbligo di restituire eventuali compensi, eventualmente percepiti ed accertati, in esecuzione dell'affidamento illegittimo; pertanto, la sanzione opera come requisito soggettivo legale per la partecipazione a procedure di affidamento con la conseguente illegittimità dell'affidamento stesso per il caso di violazione

Al fine di garantire l'esatto rispetto della delineata normativa:

- il **Direttore dell'Area Gestione del Personale** 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 inconferibilità (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, omprensive 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 procedurali, 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 2025 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 2025 – 2027 , 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
---	--	--

ALLEGATO 1) ALLA SEZIONE “RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA” DEL PIAO 2025 – 2027 DELLA ASL BRINDISI

Denominazione sotto-sezione livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile dell'elaborazione / Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Termine di scadenza per la pubblicazione	Tempistiche monitoraggio RPCT
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	Prevenzione corruzione	Responsabile trasparenza	Entro 15 giorni dall'approvazione	annuale entro il 15 gennaio
	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 "Normativa" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Segreteria direzione generale	Responsabile trasparenza	Entro 20 gg dall'eventuale aggiornamento pubblicato nella banca dati Normativa	annuale entro il 15 gennaio
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Segreteria direzione generale	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione o adozione di nuovi atti	annuale entro il 15 gennaio
		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)	Segreteria direzione generale	Responsabile trasparenza	Entro 15 giorni dall'approvazione	annuale entro il 15 gennaio	
		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Segreteria direzione generale	Responsabile trasparenza	Entro 15 giorni dall'approvazione	annuale entro il 15 gennaio
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	Area gestione del personale	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dall'approvazione	annuale entro il 15 gennaio
	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	Segreteria direzione generale	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dall'entrata in vigore della norma che introduce l'obbligo.	annuale entro il 15 gennaio
		Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016			N/A	N/A
		Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	/	/	N/A	N/A
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	/	/	N/A	N/A
Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013			Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	/	/	N/A	N/A	
			Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	/	/	N/A	N/A	

Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013
Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013
Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013

Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	/	/	N/A	N/A
Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	/	/	N/A	N/A
Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	/	/	N/A	N/A

Denominazione sotto-sezione livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile dell'elaborazione / Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Termine di scadenza per la pubblicazione	Tempistiche monitoraggio RPCT
Titolari di incarichi politici di amministrazione, di direzione o di governo	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del d.lgs. n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	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]	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	/	/	N/A	N/A
		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)	2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	/	/	N/A	N/A
		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 €)	3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	/	/	N/A	N/A
		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)]	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	/	/	entro 15 giorni dalla trasmissione all'URP	annuale entro il 15 gennaio
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	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)	/	/	entro 15 giorni dalla comunicazione all'URP	annuale entro il 15 gennaio
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae	Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	/	/	Entro 15 giorni dall'atto di nomina	annuale entro il 15 gennaio
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	/	/	Entro 30 giorni dalla liquidazione della missione	annuale entro il 15 gennaio
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	/	/	entro 15 giorni dalla comunicazione all'URP	annuale entro il 15 gennaio
		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	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)	/	/	entro 15 giorni dalla comunicazione all'URP	annuale entro il 15 gennaio
		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	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	/	/	entro 15 giorni dalla comunicazione all'URP	annuale entro il 15 gennaio

Organizzazione

Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	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]	33/2013	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).	/	/	entro 15 giorni dalla comunicazione all'URP	annuale entro il 15 gennaio
		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	/	/	entro 15 giorni dalla comunicazione all'URP	annuale entro il 15 gennaio	

Denominazione sotto-sezione livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile dell'elaborazione / Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Termine di scadenza per la pubblicazione	Tempistiche monitoraggio RPCT
Organizzazione		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)	/	/	entro 15 giorni dalla comunicazione all'URP	annuale entro il 15 gennaio
		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	/	/		
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico		Nessuno	/	/		
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae		Nessuno	/	/		
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica		Nessuno	/	/		
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici		Nessuno	/	/		
		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	/	/		
		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	/		Entro 20 giorni dalla decadenza dell'incarico	annuale entro il 15 gennaio
		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	/			
		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	/		Entro 20 giorni dalla decadenza dell'incarico	annuale entro il 15 gennaio
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)]	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)		Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	/	Entro 20 giorni dall'avvio del provvedimento sanzionatorio	annuale entro il 15 gennaio		

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)	Segreteria direzione generale	Responsabile trasparenza	N/A	N/A
Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	/	/	N/A	N/A
		Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	/	/	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione o dell'eventuale aggiornamento	annuale entro il 15 gennaio
	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)	Segreteria direzione generale	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione o dell'eventuale aggiornamento	annuale entro il 15 gennaio

Denominazione sotto-sezione livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile dell'elaborazione / Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Termine di scadenza per la pubblicazione	Tempistiche monitoraggio RPCT
Articolazione degli uffici	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)	Segreteria direzione generale	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione o dell'eventuale aggiornamento	annuale entro il 15 gennaio
				Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Segreteria direzione generale	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione o dell'eventuale aggiornamento	annuale entro il 15 gennaio
	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)	Sistemi informativi	Responsabile trasparenza	Entro 15 giorni dal conferimento incarico	annuale entro il 15 gennaio
Consulenti e collaboratori	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013			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)	Ufficio legale, Area personale, Formazione, Area Tecnica, Area Patrimonio, segreteria direzione generale	Responsabile trasparenza		
				Per ciascun titolare di incarico:				Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico	annuale entro il 15 gennaio
	Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ufficio legale, Area personale, Formazione, Area Tecnica, Area Patrimonio, segreteria	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico	annuale entro il 15 gennaio	
	Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ufficio legale, Area personale, Formazione, Area Tecnica, Area Patrimonio, segreteria	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico	annuale entro il 15 gennaio	
	Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ufficio legale, Area personale, Formazione, Area Tecnica, Area Patrimonio, segreteria direzione generale	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla trasmissione della Tabella all'URP	annuale entro il 15 gennaio	
	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013					Ufficio legale, Area personale, Formazione,		Entro 20 giorni dalla comunicazione	

Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Tecnica, Area Patrimonio, segreteria direzione generale	Responsabile trasparenza	dell'approvazione conferimento dell'incarico	annuale entro il 15 gennaio
	Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	Ufficio legale, Area personale, Formazione, Area Tecnica, Area Patrimonio, segreteria direzione generale	Responsabile trasparenza		
	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Per ciascun titolare di incarico:				Entro 20 giorni dalla	annuale entro il 15 gennaio
			Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico	annuale entro il 15 gennaio
			Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello (europeo) aziendale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione strategica	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico	annuale entro il 15 gennaio
			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)	Segreteria direzione generale	Responsabile trasparenza	Entro 30 giorni dalla liquidazione della missione	annuale entro il 15 gennaio
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Segreteria direzione generale	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico	annuale entro il 15 gennaio

Denominazione sotto-sezione livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile dell'elaborazione / Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Termine di scadenza per la pubblicazione	Tempistiche monitoraggio RPCT
Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 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 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 Art. 14, c. 1,	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	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)	Direzione strategica	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico	annuale entro il 15 gennaio
			Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione strategica	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla trasmissione dei dati da parte degli interessati	annuale entro il 15 gennaio
			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).	Direzione strategica	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla trasmissione dei dati da parte degli interessati	annuale entro il 15 gennaio	
			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	Direzione strategica	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla trasmissione dei dati da parte degli interessati	annuale entro il 15 gennaio	
			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			Segreteria direzione		Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione	

	lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	generale	Responsabile trasparenza	conferimento dell'incarico	annuale entro il 15 gennaio
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Segreteria direzione generale	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico	annuale entro il 15 gennaio
	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)	Segreteria direzione generale	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla trasmissione all'URP	annuale entro il 15 gennaio
	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)	Segreteria direzione generale	Responsabile trasparenza		
			Per ciascun titolare di incarico:			Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico	annuale entro il 15 gennaio
	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione del personale	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico	annuale entro il 15 gennaio
	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)	Ciascun dirigente	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico	annuale entro il 15 gennaio
	Art. 14, c. 1,		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)	Segreteria direzione generale	Responsabile trasparenza	Entro 30 giorni dalla liquidazione della missione	annuale entro il 15 gennaio

Denominazione sotto-sezione livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile dell'elaborazione / Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Termine di scadenza per la pubblicazione	Tempistiche monitoraggio RPCT
		lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Segreteria direzione generale	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla trasmissione dei dati da parte dei dirigenti	annuale entro il 15 gennaio
		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)	Ciascun dirigente	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla trasmissione dei dati da parte dei dirigenti	annuale entro il 15 gennaio
		Art. 14, c. 1, lett. e) 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 senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ciascun dirigente	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla trasmissione dei dati da parte degli interessati	annuale entro il 15 gennaio
		Art. 14, c. 1,			Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla				

Personale

Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	(da pubblicare in tabelle che distinguono le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Ciascun dirigente	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla trasmissione dei dati da parte degli interessati	annuale entro il 15 gennaio	
	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	Ciascun dirigente	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla trasmissione dei dati da parte degli interessati	annuale entro il 15 gennaio	
	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	Ciascun dirigente	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico	annuale entro il 15 gennaio	
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Ciascun dirigente	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione conferimento dell'incarico	annuale entro il 15 gennaio	
	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)	Ciascun dirigente	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla trasmissione all'URP	annuale entro il 15 gennaio	
	Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	Area gestione del personale	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla comunicazione approvazione	annuale entro il 15 gennaio	
	Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001		Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	Area gestione del personale	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla comunicazione approvazione	annuale entro il 15 gennaio
	Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004		Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	Area gestione del personale	Responsabile trasparenza		
	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013			Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	Area gestione del personale	Responsabile trasparenza		
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013			Curriculum vitae	Nessuno	Area gestione del personale	Responsabile trasparenza		
Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	Area gestione del personale	Responsabile trasparenza				
		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	Area gestione del personale	Responsabile trasparenza				

Denominazione sotto-sezione livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile dell'elaborazione / Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Termine di scadenza per la pubblicazione	Tempistiche monitoraggio RPCT
Dirigenti cessati	Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	Area gestione del personale	Responsabile trasparenza		
		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	Area gestione del personale	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla decadenza dell'incarico	annuale entro il 15 gennaio
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l.		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)				Entro 20 giorni dalla decadenza dell'incarico	

	n. 441/1982				Nessuno	Area gestione del personale	Responsabile trasparenza		annuale entro il 15 gennaio
	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 [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]		Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	Area gestione del personale	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dall'avvio del provvedimento sanzionatorio	annuale entro il 15 gennaio
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		Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Segreteria direzione generale	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla comunicazione approvazione	annuale entro il 15 gennaio
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		Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione del personale	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla trasmissione al Ministero dell'Economia e delle Finanze	annuale entro il 15 gennaio
	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico		Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione del personale	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla rilevazione	annuale entro il 15 gennaio
Dotazione organica	Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico		Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione del personale	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla rilevazione	annuale entro il 15 gennaio
Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico		Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione del personale	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla rilevazione trimestrale	annuale entro il 15 gennaio
	Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico		Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione del personale	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla scadenza trimestrale	annuale entro il 15 gennaio
Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale		Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione del personale	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'autorizzazione	annuale entro il 15 gennaio
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		Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione del personale	Responsabile trasparenza	Entro 30 giorni dall'approvazione	annuale entro il 15 gennaio
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		Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Relazioni sindacali	Responsabile trasparenza	Entro 30 giorni dall'approvazione	annuale entro il 15 gennaio
	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)		Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Relazioni sindacali	Responsabile trasparenza	Entro 30 giorni dalla trasmissione	annuale entro il 15 gennaio

Denominazione sotto-sezione livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile dell'elaborazione / Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Termine di scadenza per la pubblicazione	Tempistiche monitoraggio RPCT
	Contrattazione integrativa	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 predispongono, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	Relazioni sindacali	Responsabile trasparenza	Entro 15 giorni dalla nomina	annuale entro il 15 gennaio

OIV		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Segreteria direzione generale	Responsabile trasparenza	Entro 15 giorni dalla nomina	annuale entro il 15 gennaio	
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Segreteria direzione generale	Responsabile trasparenza	Entro 15 giorni dalla nomina	annuale entro il 15 gennaio	
		Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Segreteria direzione generale	Responsabile trasparenza	Entro 2 giorni	annuale entro il 15 gennaio	
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)	Area gestione del personale	Responsabile trasparenza	Entro 10 giorni dall'approvazione	annuale entro il 15 gennaio	
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	Controllo di gestione, direzione strategica	Responsabile trasparenza	Entro 10 giorni dall'approvazione	annuale entro il 15 gennaio	
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Controllo di gestione, direzione strategica	Responsabile trasparenza	Entro 10 giorni dall'approvazione	annuale entro il 15 gennaio	
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Controllo di gestione, direzione strategica	Responsabile trasparenza	Entro 30 giorni dalla trasmissione	annuale entro il 15 gennaio	
	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)	Controllo di gestione, direzione strategica	Responsabile trasparenza	Entro 30 giorni dalla trasmissione	annuale entro il 15 gennaio	
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Controllo di gestione, direzione strategica	Responsabile trasparenza	Entro 30 giorni dalla comunicazione dell'approvazione del trattamento accessorio	annuale entro il 15 gennaio	
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione del personale	Responsabile trasparenza	Entro 30 giorni dalla comunicazione dell'approvazione del trattamento accessorio	annuale entro il 15 gennaio	
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione del personale	Responsabile trasparenza	Entro 30 giorni dalla comunicazione dell'approvazione del trattamento accessorio	annuale entro il 15 gennaio	
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione del personale	Responsabile trasparenza	Entro 30 giorni dalla trasmissione	annuale entro il 15 gennaio	
			Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate Per ciascuno degli enti:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	/	/	N/A	N/A
			1) ragione sociale		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	/	/	N/A	N/A	
			2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	/	/	N/A	N/A	
			3) durata dell'impegno		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	/	/	N/A	N/A	

				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	/	/	N/A	N/A
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati						

Denominazione sotto-sezione livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile dell'elaborazione / Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Termine di scadenza per la pubblicazione	Tempistiche monitoraggio RPCT
Enti pubblici vigilati		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013 Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013 Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	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)	/	/	N/A	N/A
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	/	/	N/A	N/A
				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)	/	/	N/A	N/A
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (<i>link</i> al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	/	/	N/A	N/A
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (<i>link</i> al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	/	/	N/A	N/A
				Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	/	/	N/A	N/A
				Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Segreteria direzione generale	Responsabile trasparenza	Entro 30 giorni dalla trasmissione	annuale entro il 15 gennaio
Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			Entro 30 giorni dalla trasmissione	annuale entro il 15 gennaio				
1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Sanitaservice	Responsabile trasparenza	Entro 30 giorni dalla trasmissione	annuale entro il 15 gennaio				
2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Sanitaservice	Responsabile trasparenza	Entro 30 giorni dalla trasmissione	annuale entro il 15 gennaio				
3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Sanitaservice	Responsabile trasparenza	Entro 30 giorni dalla trasmissione	annuale entro il 15 gennaio				
4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Sanitaservice	Responsabile trasparenza	Entro 30 giorni dalla trasmissione	annuale entro il 15 gennaio				

Enti controllati

Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Sanitaservice	Responsabile trasparenza	Entro 30 giorni dalla trasmissione	annuale entro il 15 gennaio
		6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Sanitaservice	Responsabile trasparenza	Entro 30 giorni dalla trasmissione	annuale entro il 15 gennaio
		7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Sanitaservice	Responsabile trasparenza	Entro 30 giorni dalla trasmissione	annuale entro il 15 gennaio
		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (<i>link al sito dell'ente</i>)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Sanitaservice	Responsabile trasparenza	Entro 30 giorni dalla trasmissione	annuale entro il 15 gennaio
		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (<i>link al sito dell'ente</i>)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Sanitaservice	Responsabile trasparenza	Entro 30 giorni dalla trasmissione	annuale entro il 15 gennaio
		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Segreteria direzione generale	Responsabile trasparenza	Entro 30 giorni dalla trasmissione	annuale entro il 15 gennaio
Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013		Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Segreteria direzione generale	Responsabile trasparenza	Entro 30 giorni dalla trasmissione	annuale entro il 15 gennaio

Società partecipate

Denominazione sotto-sezione livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile dell'elaborazione / Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Termine di scadenza per la pubblicazione	Tempistiche monitoraggio RPCT	
		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016	Provvedimenti	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)	Segreteria direzione generale	Responsabile trasparenza	Entro 30 giorni dalla trasmissione	annuale entro il 15 gennaio	
			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)	Sanitaservice	Responsabile trasparenza	Entro 30 giorni dalla trasmissione	annuale entro il 15 gennaio		
		Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		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)	/	/	N/A	N/A	
				Per ciascuno degli enti:				N/A	N/A	
				1) ragione sociale		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	/	/	N/A	N/A
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	/	/	N/A	N/A
				3) durata dell'impegno		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	/	/	N/A	N/A
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	/	/	N/A	N/A

Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	/	/	N/A	N/A	
			6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	/	/	N/A	N/A	
			7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	/	/	N/A	N/A	
			Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (<i>link</i> al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	/	/	N/A	N/A	
			Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (<i>link</i> al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	/	/	N/A	N/A	
			Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	/	/	N/A	N/A	
Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	/	/	N/A	N/A	
Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016					
	Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Per ciascuna tipologia di procedimento:						
			1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Aree di gestione, Dipartimenti, Staff, Ospedali, Distretti	Responsabile trasparenza	Entro 30 gg dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative	annuale entro il 15 gennaio	
			2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Aree di gestione, Dipartimenti, Staff, Ospedali, Distretti	Responsabile trasparenza	Entro 30 gg dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative	annuale entro il 15 gennaio	
			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)	Aree di gestione, Dipartimenti, Staff, Ospedali, Distretti	Responsabile trasparenza	Entro 30 gg dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative	annuale entro il 15 gennaio	
			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)	Aree di gestione, Dipartimenti, Staff, Ospedali, Distretti	Responsabile trasparenza	Entro 30 gg dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative	annuale entro il 15 gennaio	

Denominazione sotto-sezione livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile dell'elaborazione / Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Termine di scadenza per la pubblicazione	Tempistiche monitoraggio RPCT
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Aree di gestione, Dipartimenti, Staff, Ospedali, Distretti	Responsabile trasparenza	Entro 30 gg dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative	annuale entro il 15 gennaio
		Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Aree di gestione, Dipartimenti, Staff, Ospedali, Distretti	Responsabile trasparenza	Entro 30 gg dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative	annuale entro il 15 gennaio

Tipologie di procedimento	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	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)	Aree di gestione, Dipartimenti, Staff, Ospedali, Distretti	Responsabile trasparenza	Entro 30 gg dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative	annuale entro il 15 gennaio	
		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)	Aree di gestione, Dipartimenti, Staff, Ospedali, Distretti	Responsabile trasparenza	Entro 30 gg dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative	annuale entro il 15 gennaio	
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013	9) link 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)	Aree di gestione, Dipartimenti, Staff, Ospedali, Distretti	Responsabile trasparenza	Entro 30 gg dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative	annuale entro il 15 gennaio	
		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013	10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Aree di gestione, Dipartimenti, Staff, Ospedali, Distretti	Responsabile trasparenza	Entro 30 gg dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative	annuale entro il 15 gennaio	
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013	11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Aree di gestione, Dipartimenti, Staff, Ospedali, Distretti	Responsabile trasparenza	Entro 30 gg dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative	annuale entro il 15 gennaio	
			Per i procedimenti ad istanza di parte:		Aree di gestione, Dipartimenti, Staff, Ospedali, Distretti	Responsabile trasparenza	Entro 30 gg dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative	annuale entro il 15 gennaio	
		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)	Aree di gestione, Dipartimenti, Staff, Ospedali, Distretti	Responsabile trasparenza	Entro 15 giorni dalla comunicazione di variazione	annuale entro il 15 gennaio	
		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)	Aree di gestione, Dipartimenti, Staff, Ospedali, Distretti	Responsabile trasparenza	Entro il 15 luglio e 15 gennaio	annuale entro il 15 gennaio	
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 precedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dipartimento prevenzione	Responsabile trasparenza	Entro il 15 gennaio di ogni anno	annuale entro il 15 gennaio	
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 (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)	Segreteria direzione generale	Responsabile trasparenza	Entro 10 gg dall'approvazione	annuale entro il 15 gennaio
	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)	Segreteria direzione generale	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali	Temppestivo	GESTIONE DEL PATRIMONIO: Programmazione biennale beni e servizi GESTIONE TECNICA: Programmazione	GESTIONE DEL PATRIMONIO: Programmazione biennale beni e servizi GESTIONE TECNICA: Programmazione	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio	
Denominazione sotto-sezione livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile dell'elaborazione / Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Termine di scadenza per la pubblicazione	Tempistiche monitoraggio RPCT

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									
I dati si devono riferire a ciascuna procedura contrattuale in modo da avere una rappresentazione sequenziale di ognuna di esse, dai primi atti alla fase di esecuzione									
Trasparenza nella partecipazione di portatori di interessi e dibattito	Progetti di fattibilità relativi alle grandi opere infrastrutturali e di architettura di rilevanza sociale, aventi impatto sull'ambiente, sulle città e sull'assetto del territorio, nonché gli esiti della		Tempestivo	GESTIONE TECNICA	GESTIONE TECNICA	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio	
Avvisi di preinformazione e	SETTORI ORDINARI Avvisi di preinformazione per i settori ordinari di cui all'art. 70, co. 1, d.lgs. 50/2016		Tempestivo	GESTIONE DEL PATRIMONIO GESTIONE TECNICA DIREZIONE AMMINISTRATIVA OSPEDALIERA	ciascuna Struttura per competenza	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio	
Delibera a contrarre	Delibera a contrarre o atto equivalente		Tempestivo	GESTIONE DEL PATRIMONIO GESTIONE TECNICA DIREZIONE AMMINISTRATIVA OSPEDALIERA	ciascuna Struttura per competenza	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio	
Avvisi e bandi	SETTORI ORDINARI-SOTTOSOGLIA Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC n.4) Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9) Avviso di costituzione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36,		Tempestivo	GESTIONE DEL PATRIMONIO GESTIONE TECNICA DIREZIONE AMMINISTRATIVA OSPEDALIERA	ciascuna Struttura per competenza	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio	
Procedure negoziate afferenti agli investimenti pubblici finanziati, in	Evidenza dell'avvio delle procedure negoziate (art. 63 e art.125) ove le S.A. vi ricorrono quando, per ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, l'applicazione dei termini,		Tempestivo	GESTIONE DEL PATRIMONIO GESTIONE TECNICA	GESTIONE DEL PATRIMONIO GESTIONE TECNICA	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio	
Commissione giudicatrice	Composizione della commissione giudicatrice, curricula dei suoi componenti.		Tempestivo	GESTIONE DEL PATRIMONIO GESTIONE TECNICA	GESTIONE DEL PATRIMONIO GESTIONE TECNICA	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio	
Avvisi relativi all'esito della procedura	SETTORI ORDINARI- SOTTOSOGLIA Avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, lett. b), c), c-bis). Per le ipotesi di cui all'art. 36, c. 2, lett. b)		Tempestivo	GESTIONE DEL PATRIMONIO GESTIONE TECNICA DIREZIONE AMMINISTRATIVA OSPEDALIERA	ciascuna Struttura per competenza	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio	
Avviso sui risultati della procedura di affidamento diretto (ove la determina a	Per gli affidamenti diretti per lavori di importo inferiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 139.000 euro: pubblicazione dell'avviso		Tempestivo	GESTIONE DEL PATRIMONIO GESTIONE TECNICA DIREZIONE AMMINISTRATIVA OSPEDALIERA	ciascuna Struttura per competenza	Responsabile trasparenza	Entro 2 giorni dalla comunicazione esito	annuale entro il 15 gennaio	
Avviso di avvio della procedura e avviso sui risultati della aggiudicazione	Per l'affidamento di servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo pari o superiore a 139.000 euro e fino alle soglie comunitarie e di lavori di importo pari o superiore a 150.000 euro e		Tempestivo	GESTIONE DEL PATRIMONIO GESTIONE TECNICA DIREZIONE AMMINISTRATIVA OSPEDALIERA	ciascuna Struttura per competenza	Responsabile trasparenza	Entro 15 giorni dalla comunicazione esito	annuale entro il 15 gennaio	
Verbali delle commissioni di gara	Verbali delle commissioni di gara (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n.	Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure		GESTIONE DEL PATRIMONIO GESTIONE TECNICA	GESTIONE DEL PATRIMONIO GESTIONE TECNICA	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio	

Denominazione sotto-sezione livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile dell'elaborazione / Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Termine di scadenza per la pubblicazione	Tempistiche monitoraggio RPCT
		Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel	Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile prodotto al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta da parte degli	Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	GESTIONE DEL PATRIMONIO GESTIONE TECNICA	GESTIONE DEL PATRIMONIO GESTIONE TECNICA	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
		Contratti	Solo per gli affidamenti sopra soglia e per quelli finanziati con risorse PNRR e fondi strutturali, testo dei contratti e dei successivi accordi modificativi e/o interpretativi degli stessi (fatte salve le	Tempestivo	GESTIONE DEL PATRIMONIO GESTIONE TECNICA	GESTIONE DEL PATRIMONIO GESTIONE TECNICA	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
		Collegi consultivi tecnici	Composizione del CCT, curricula e compenso dei componenti.	Tempestivo	GESTIONE DEL PATRIMONIO GESTIONE TECNICA	GESTIONE DEL PATRIMONIO GESTIONE TECNICA	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
		Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti	Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla S.A. dagli	Tempestivo	GESTIONE DEL PATRIMONIO GESTIONE TECNICA	GESTIONE DEL PATRIMONIO GESTIONE TECNICA	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
			Pubblicazione da parte della S.A. della certificazione di cui all'articolo 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle	Tempestivo	GESTIONE DEL PATRIMONIO GESTIONE TECNICA	GESTIONE DEL PATRIMONIO GESTIONE TECNICA	Responsabile trasparenza	Entro il 15 gennaio di ogni anno	annuale entro il 15 gennaio
		Fase esecutiva	Fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 del d.lgs. 50/2016, i provvedimenti di approvazione ed autorizzazione relativi a: - modifiche soggettive - varianti - proroghe - rinnovi - quinto d'obbligo - subappalti (in caso di assenza del provvedimento di autorizzazione, pubblicazione del nominativo del subappaltatore, dell'importo e dell'oggetto del contratto di subappalto). Certificato di collaudo o regolare esecuzione Certificato di verifica conformità Accordi bonari e transazioni Atti di nomina del direttore dei lavori/direttore dell'esecuzione/componenti della commissione di collaudo	Tempestivo	GESTIONE DEL PATRIMONIO GESTIONE TECNICA	GESTIONE DEL PATRIMONIO GESTIONE TECNICA	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio

			Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione. Il resoconto deve contenere, per ogni singolo contratto, almeno i seguenti dati: data di inizio e conclusione dell'esecuzione, importo del contratto, importo complessivo liquidato, importo complessivo dello scostamento, ove si sia verificato (scostamento positivo o negativo).	Annuale (entro il 15 gennaio) con riferimento agli affidamenti dell'anno precedente	GESTIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE	URP	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
Denominazione sotto-sezione livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile dell'elaborazione / Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Termine di scadenza per la pubblicazione	Tempistiche monitoraggio RPCT
		Concessioni e partenariato pubblico privato	Tutti gli obblighi di pubblicazione elencati nel presente allegato sono applicabili anche ai contratti di concessione e di partenariato pubblico privato, in quanto compatibili, ai sensi degli artt. 29, 164, 179 del d.lgs. 50/2016. Con riferimento agli avvisi e ai bandi si richiamano inoltre: Bando di concessione, invito a presentare offerte (art. 164, c. 2, che rinvia alle disposizioni contenute nella parte I e II del d.lgs. 50/2016 anche relativamente alle modalità di pubblicazione e redazione dei bandi e degli avvisi) Nuovo invito a presentare offerte a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3) Nuovo bando di concessione a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3) Bando di gara relativo alla finanza di	Tempestivo	GESTIONE DEL PATRIMONIO GESTIONE TECNICA	GESTIONE DEL PATRIMONIO GESTIONE TECNICA	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio

Allegato 1) delibera ANAC n. 264/2023 PROGETTAZIONE PROGRAMMAZIONE		elenco delle soluzioni tecnologiche	elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalle SA e enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività.	Tempestivo	Area gestione tecnica Area gestione del patrimonio Tutte le Strutture che gestiscono procedura di gara e contratti	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
Allegato 1) delibera ANAC n. 264/2023 PROGETTAZIONE PROGRAMMAZIONE	Art. 30 Uso di pr	la relazione sul progetto dell'opera e l'analisi di fattibilità	la relazione sul progetto dell'opera e l'analisi di fattibilità delle eventuali alternative Progettuali; - "la relazione conclusiva (con sintetica descrizione delle proposte e delle osservazioni pervenute + eventuale indicazione di quelle ritenute meritevoli di accoglimento)	Tempestivo	Area gestione tecnica Area gestione del patrimonio Tutte le Strutture che gestiscono	Responsabile trasparenza		annuale entro il 15 gennaio
Allegato 1) delibera ANAC n. 264/2023 PROGETTAZIONE PROGRAMMAZIONE	Art. 40 Dibattito	la relazione di progetto dell'opera	la relazione di progetto dell'opera redatta dal responsabile del dibattito pubblico; "- la relazione conclusiva del responsabile del dibattito (con i contenuti specificati dell'art. 7 dell'allegato); "- il documento conclusivo della SA redatto sulla base della relazione conclusiva del responsabile.	Tempestivo	Area gestione tecnica Area gestione del patrimonio Tutte le Strutture che gestiscono procedura di gara e contratti	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
	Allegato I.6 – Di							

Allegato 1) delibera ANAC n. 264/2023		funzionamento del sistema di qualificazione	gli atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema.	Tempestivo	Area gestione tecnica Area gestione del patrimonio Tutte le Strutture che gestiscono procedura di gara e contratti	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
PROGETTAZIONE PROGRAMMAZIONE	Art. 168 Procedu							

Denominazione sotto-sezione livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile dell'elaborazione / Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Termine di scadenza per la pubblicazione	Tempistiche monitoraggio RPCT
BANDI DI GARA E CONTRA PUBBLICAZIONE secondo Allegato 1	Allegato 1) delibera ANAC n. 264/2023 AGGIUDICAZIONE	Art. 28 Trasparenza	composizione delle commissioni	la composizione delle commissioni giudicatrici e i CV dei componenti	Tempestivo	Area gestione tecnica Area gestione del patrimonio Tutte le Strutture	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
	Allegato 1) delibera ANAC n. 264/2023 PROCEDURE	Art. 140 Procedu	gli atti relativi agli affidamenti con specifica indicazione dell'affidatario	gli atti relativi agli affidamenti con specifica indicazione dell'affidatario	Tempestivo	Area gestione tecnica Area gestione del patrimonio Tutte le Strutture	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
	Allegato 1) delibera ANAC n. 264/2023 PROCEDURE	Art. 169 Procedu	illeciti professionali	gli atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli art. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali)	Tempestivo	Area gestione tecnica Area gestione del patrimonio Tutte le Strutture	Responsabile trasparenza	N/A	N/A

I	Allegato 1) delibera ANAC n. 264/2023		valutazione della proposta del promotore	il provvedimento conclusivo della procedura di valutazione della proposta del promotore	Tempestivo	Area gestione tecnica Area gestione del patrimonio	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
	PROCEDURE	FINANZA DI PR							
	Allegato 1) delibera ANAC n. 264/2023	LEGISLATIVO 23 dicembre 2022, n. 201	la deliberazione di affidamento del servizio a società in house (art. 17 c. 2) per affidamenti sopra soglia del servizio pubblico	Trasmissione contestuale all'ANAC, per la pubblicazione in «Trasparenza dei servizi pubblici locali di rilevanza economica - Trasparenza SPL» del sito di Anac unitamente agli atti documenti previsti dagli articoli 10, c. 5, 14, c. 3, 30, c. 2)	Tempestivo	Area gestione tecnica Area gestione del	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
Allegato 1) delibera ANAC n. 264/2023	PROCEDURE Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC	DECRETO - LEGGE 31 maggio 2021, n. 77 Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure Art. 47		Art. 47, commi 2 e 9 - La copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile redatto dall'operatore economico, tenuto alla sua redazione ai sensi dell'art. 46, decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (operatori economici che occupano oltre 50 dipendenti); il documento è prodotto, a pena di esclusione, al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta. N.B: tale pubblicazione è successiva alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure Art. 47, commi 3 e 9 "- La relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla stazione appaltante/ente concedente dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti. Art. 47, co. 3-bis e 9 "- La certificazione di cui all'art. 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza della presentazione delle offerte e consegnate alla stazione appaltante/ente concedente entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti).	La pubblicazione va attuata tempestivamente, fatta eccezione per la copia del rapporto di cui all'art. 47, co. 2 e 9	Area gestione tecnica Area gestione del patrimonio Tutte le Strutture che gestiscono procedura di gara e contratti	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	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)	Dipartimenti Servizio socio sanitario	Responsabile trasparenza		
		Art. 26, c. 2, 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)	Dipartimenti Servizio socio sanitario Distretti	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Per ciascun atto:		Dipartimenti Servizio socio sanitario Distretti	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Dipartimenti Servizio socio sanitario Distretti	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Dipartimenti Servizio socio sanitario Distretti	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
			3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Dipartimenti Servizio socio sanitario Distretti	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio	
			Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un						

Denominazione sotto-sezione livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile dell'elaborazione / Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Termine di scadenza per la pubblicazione	Tempistiche monitoraggio RPCT
economici	Atti di concessione	Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Dipartimenti Servizio socio sanitario Distretti	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Dipartimenti Servizio socio sanitario Distretti	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Dipartimenti Servizio socio sanitario Distretti	Responsabile trasparenza	Entro il 15 gennaio di ogni anno	annuale entro il 15 gennaio
		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)	Dipartimenti Servizio socio sanitario Distretti	Responsabile trasparenza	Entro 30 giorni dall'approvazione	annuale entro il 15 gennaio
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Dipartimenti Servizio socio sanitario Distretti	Responsabile trasparenza	Entro 30 giorni dall'approvazione	annuale entro il 15 gennaio
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1,	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione finanziaria Controllo di gestione Direzione strategica	Responsabile trasparenza	Entro 30 giorni dall'approvazione	annuale entro il 15 gennaio
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione finanziaria Controllo di gestione Direzione strategica	Responsabile trasparenza	Entro 30 giorni dall'approvazione	annuale entro il 15 gennaio
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011		Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione finanziaria Controllo di gestione Direzione strategica	Responsabile trasparenza	Entro 30 giorni dall'approvazione	annuale entro il 15 gennaio
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione finanziaria Controllo di gestione Direzione strategica	Responsabile trasparenza	Entro 10 giorni dall'eventuale aggiornamento	annuale entro il 15 gennaio
	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	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area risorse finanziarie	Responsabile trasparenza	Entro 10 giorni dall'eventuale aggiornamento	annuale entro il 15 gennaio
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)	Area gestione tecnica	Responsabile trasparenza	Entro 20 giorni dall'approvazione	annuale entro il 15 gennaio
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione del patrimonio	/	Entro 20 giorni dall'approvazione	annuale entro il 15 gennaio

33/2013									
Denominazione sotto-sezione livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile dell'elaborazione / Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Termine di scadenza per la pubblicazione	Tempistiche monitoraggio RPCT
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe		Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.A.C.	OIV	/	Entro 20 giorni dall'approvazione	annuale entro il 15 gennaio
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. e), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	OIV	/	Entro 20 giorni dall'approvazione	annuale entro il 15 gennaio
				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	OIV	/	Entro 20 giorni dalla presentazione	annuale entro il 15 gennaio
				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)	Segreteria direzione generale	/	Entro 30 giorni dalla formalizzazione del rilievo	annuale entro il 15 gennaio
	Organi di revisione amministrativa e contabile		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Segreteria direzione generale	/	Entro 20 giorni dall'approvazione	annuale entro il 15 gennaio
Corte dei conti	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Segreteria direzione generale	/	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio	
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)	URP	/	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009 Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009 Art. 4, c. 6, 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	Ufficio legale	/	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
				Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	Ufficio legale	/	Entro il 15 gennaio di ogni anno	annuale entro il 15 gennaio
				Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	Ufficio legale	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
	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)	Controllo di gestione	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	CUP Direzione sanitaria	Responsabile trasparenza	trimestrale	annuale entro il 15 gennaio
	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	URP	Responsabile trasparenza	trimestrale	annuale entro il 15 gennaio

Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, d.lgs 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)	Area gestione finanziaria	Responsabile trasparenza	Entro il 15 gennaio di ogni anno	annuale entro il 15 gennaio
Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Area gestione finanziaria	Responsabile trasparenza	trimestrale	annuale entro il 15 gennaio
			Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione finanziaria	Responsabile trasparenza	Entro il 15 gennaio di ogni anno	annuale entro il 15 gennaio

Denominazione sotto-sezione livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile dell'elaborazione / Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Termine di scadenza per la pubblicazione	Tempistiche monitoraggio RPCT
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione finanziaria	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
				Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione finanziaria	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione finanziaria	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
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)	Area gestione tecnica	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
				Atti di programmazione delle opere pubbliche	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, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art. 8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione tecnica direzione strategica	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
	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. (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 tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione tecnica	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
				Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area gestione tecnica	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
Pianificazione e governo del territorio	Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Art. 39, c. 2, 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)	/	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
				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 volumetriche per finalità di pubblico interesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	/	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
			Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	/	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio

Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	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)	/	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
			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)	/	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
			Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, 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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	/	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
			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)	/	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio

Denominazione sotto-sezione livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile dell'elaborazione / Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Termine di scadenza per la pubblicazione	Tempistiche monitoraggio RPCT	
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	/	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio	
			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)	/	Responsabile trasparenza	Entro il 15 gennaio di ogni anno	annuale entro il 15 gennaio	
			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)	/	Responsabile trasparenza	Entro il 15 gennaio di ogni anno	annuale entro il 15 gennaio	
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	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	Settore convenzioni	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio	
				Accordi interscambiati con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	Settore convenzioni	Responsabile trasparenza	N/A	N/A	
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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dipartimenti direzione strategica	Responsabile trasparenza	N/A	N/A	
				Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dipartimenti direzione strategica	Responsabile trasparenza	Entro il 15 gennaio di ogni anno	annuale entro il 15 gennaio
				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)	Dipartimenti direzione strategica	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
		Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n.	Piano triennale per la prevenzione della	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		Responsabile				

Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	33/2013	corruzione e della trasparenza	legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	anticorruzione	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
		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	Responsabile anticorruzione Responsabile trasparenza	Responsabile trasparenza	Entro il 15 gennaio di ogni anno	annuale entro il 15 gennaio
			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	Responsabile anticorruzione	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
		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)	Responsabile anticorruzione	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	Responsabile anticorruzione	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
		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	Responsabile anticorruzione	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
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 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	Responsabile trasparenza	Responsabile trasparenza	semestrale	annuale entro il 15 gennaio
		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	Responsabile trasparenza	Responsabile trasparenza	tempestivo	annuale entro il 15 gennaio
		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	Responsabile trasparenza	Responsabile trasparenza	Entro il 15 gennaio di ogni anno	annuale entro il 15 gennaio
		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.mdt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dat.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	CED Amministrazione digitale	Responsabile trasparenza	Entro il 15 gennaio di ogni anno	annuale entro il 15 gennaio

Denominazione sotto-sezione livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Ufficio/Struttura Responsabile dell'elaborazione / Trasmissione dei dati	Ufficio/Struttura Responsabile della pubblicazione dei dati	Termine di scadenza per la pubblicazione	Tempistiche monitoraggio RPCT
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	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	CED Amministrazione digitale	Responsabile trasparenza	Entro il 15 gennaio di ogni anno	annuale entro il 15 gennaio
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	Area gestione tecnica Dipartimento prevenzione Area gestione personale URP	Responsabile trasparenza	Entro il 15 gennaio di ogni anno	annuale entro il 15 gennaio
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 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	....	Segreteria direzione generale Responsabile trasparenza	Responsabile trasparenza	Entro il 15 gennaio di ogni anno	annuale entro il 15 gennaio

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 smi e delle conseguenti disposizioni regionali, è organizzata dipartimenti secondo la seguente classificazione (vedasi Delibera del D.G. n.302 del 17.02.2017 e s.m.i.) :

- *COORDINAMENTO DELLE DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO OSPEDALIERO;*
- *DIPARTIMENTO CARDIO/PNEUMOLOGICO/RIABILITATIVO;*
- *DIPARTIMENTO CHIRURGICO/RICOSTRUTTICO;*
- *DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE;*
- *DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA;*
- *DIPARTIMENTO FARMACEUTICO;*
- *DIPARTIMENTO MATERNO/INFANTILE;*
- *DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO;*
- *DIPARTIMENTO MEDICO;*
- *DIPARTIMENTO ONCO/EMATOLOGICO/RADIOTERAPICO/RADIODIAGNOSTICO;*
- *DIPARTIMENTO PREVENZIONE;*
- *DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE;*
- *STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE;*
- *UOC CON BUDGET AUTONOMO NEFROLOGIA E DIALISI;*
- *DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE;*
- *DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO;*
- *DIPARTIMENTO BENI E SERVIZI*

E' opportuno evidenziare che nel corso del 2024 questa Direzione ha avviato le attività per l'adozione del nuovo atto aziendale secondo i criteri ed i principi previsti dal D.Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii. ed in attuazione della D.G.R. 879 del 29.04.2015 ad oggetto "Linee guida per l'adozione degli atti aziendali di Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere-Universitarie della Regione Puglia. Approvazione".

Sezione 3.2:

Organizzazione del lavoro Agile

INDICE

- Premessa
- Normativa di riferimento
- Oggetto e ambito di applicazione
- Attività che possono essere svolte in modalità agile.
- Destinatari
- Attori coinvolti nell'applicazione del lavoro agile
- Accordo individuale
- Potere direttivo di controllo e disciplinare
- Luoghi di lavoro
- Orario di lavoro e disconnessione
- Strumentazione tecnologica
- Formazione
- Riservatezza, privacy e sicurezza sul lavoro
- Esperienza di Lavoro Agile nella ASL Brindisi

Premessa

La Legge n. 124 del 7 agosto 2015 ha dato il via all'adozione e allo sviluppo di nuove forme di lavoro dirette a promuovere una migliore conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti pubblici.

L'art. 14 della suddetta legge avente ad oggetto la "promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche" prevedeva espressamente l'adozione di misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e per la sperimentazione di nuove modalità di svolgimento della prestazione lavorativa. Le misure da adottare dovevano garantire ad almeno il 10% dei dipendenti richiedenti, la possibilità di avvalersi di tali modalità innovative in un arco temporale di tre anni.

In una fase successiva, con la Legge n. 81 del 22 maggio 2017, il Legislatore ha disciplinato i contenuti del lavoro agile definendolo come una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, caratterizzata dall'assenza di vincoli di orario e/o di luogo di lavoro e con la possibilità di utilizzare strumenti tecnologici.

La prestazione lavorativa risulta caratterizzata dal suo svolgimento, in parte all'interno e in parte all'esterno dei locali aziendali, senza una postazione fissa, entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale previsti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

In attuazione delle predette disposizioni la presidenza del Consiglio dei Ministri ha emanato la direttiva 3/2017 recante le linee guida sul lavoro agile e dirette a fornire indicazioni inerenti l'organizzazione del lavoro, la gestione del personale per promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, il benessere organizzativo e l'esercizio dei diritti dei lavoratori.

La sperimentazione del lavoro agile ha subito una fase di accelerazione in seguito all'emergenza epidemiologica da Covid-19, diventando modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni. Il Lavoro Agile adottato durante la fase emergenziale ha avuto specifiche caratteristiche e connotazioni che lo hanno differenziato da quello ordinario disciplinato dalla legge 81/2017.

Infine, in un'ottica di superamento del lavoro agile c.d. emergenziale e di ripensamento delle ordinarie modalità di lavoro sulla scorta di un'implementazione dell'utilizzo dell'istituto, l'art. 14, comma 1, Legge n. 124 del 7 agosto 2015, così come modificato dall'art. 263, comma 4 bis, del decreto legge n. 34 del 19 maggio 2020 (c.d. "decreto rilancio"), convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 77 del 17 luglio 2020, ha previsto che le amministrazioni pubbliche redigano il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) entro il 31 gennaio di ciascun anno.

A partire dall'anno 2022, a seguito dell'introduzione da parte del Legislatore, con Decreto Legge n. 80 del 9 Giugno 2021, convertito con modificazioni dalla Legge n. 113 del 6 Agosto 2021, del Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO), il POLA costituisce parte del PIAO. Quest'ultimo ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione.

Il lavoro agile supera la tradizionale logica del controllo sulla prestazione, ponendosi quale patto fiduciario tra l'amministrazione e il lavoratore dipendente, basato sul principio guida *"FAR BUT CLOSE"*, ovvero *"lontano ma vicino"* teso a porre in evidenza la collaborazione tra l'Amministrazione e i lavoratori per la creazione di valore pubblico, a prescindere dal luogo, dal tempo e dalle modalità che questi ultimi scelgono per raggiungere gli obiettivi perseguiti dall'amministrazione.

Tale principio si basa sui seguenti fattori:

- Flessibilità dei modelli organizzativi
- Autonomia nell'organizzazione del lavoro
- Responsabilizzazione sui risultati
- Benessere del lavoratore
- Utilità per l'amministrazione
- Tecnologie digitali che consentono e favoriscono il lavoro agile
- Cultura organizzativa basata sulla collaborazione e sulla riprogettazione di competenze e comportamenti
- Organizzazione in termini di programmazione, coordinamento, monitoraggio, adozione di azioni correttive
- Equilibrio in una logica che consente all'amministrazione di conseguire i propri obiettivi e ai lavoratori di migliorare il proprio equilibrio vita/lavoro.

Tra i seguenti fattori ricoprono un ruolo strategico la cultura organizzativa e le tecnologie digitali in una logica di gestione del cambiamento organizzativo per valorizzare al meglio le opportunità rese disponibili dalle nuove tecnologie.

La modalità applicativa del Lavoro Agile in un'Azienda Sanitaria ha caratteristiche ovviamente differenziate rispetto ad altre Pubbliche Amministrazioni, non soltanto per la tipologia di attività che, nella stragrande maggioranza dei casi, richiede la presenza fisica dell'operatore sanitario, ma anche, per la tipologia organizzativa dell'Azienda che condizionano le modalità di applicazione.

Solo una minima parte dei sanitari, infatti, può lavorare in tale modalità, mentre il personale addetto a funzioni non sanitarie è generalmente più facilitato.

Il POLA rappresenta lo strumento di programmazione finalizzato all'attuazione del Lavoro Agile, che assicura lo svolgimento dell'attività lavorativa da remoto del personale, in un'ottica di maggiore efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa. La medesima percentuale dovrà essere garantita anche in caso di mancata adozione del Piano.

Tale documento definisce le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti. Nell'ambito degli obiettivi

dell'amministrazione individuati nel Piano della Performance, compreso nel PIAO, l'organizzazione del Lavoro Agile diventa un obiettivo specifico della Performance organizzativa complessiva.

Al fine di supportare le Amministrazioni, il Dipartimento della Funzione Pubblica ha introdotto in data 9 dicembre 2020 specifiche linee guida che forniscono le indicazioni metodologiche per l'elaborazione del POLA.

Normativa di riferimento

1. Legge n. 124 del 7 Agosto 2015 art. 14 *"Promozione della condizione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche"*
2. Legge n. 81 del 22 Maggio 2017 recante *"Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato"*, Capo II *"Lavoro Agile"*.
3. Direttiva n. 3 del 1 Giugno 2017 del Presidente del Consiglio dei Ministri recante *"Indirizzi per l'attuazione dei commi 1 e 2 dell'art.14 della L. 124/ 2015 e Linee guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro di dipendenti"*.
4. Legge n. 77 del 17 Luglio 2020 recante *"Conversione in legge, con modificazioni, del decreto- legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID- 19"*.
5. Linee Guida sul Piano Organizzativo del lavoro agile e indicatori di performance della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica del 9 Dicembre 2020, versione 1.0.
6. Decreto Legge n. 56 del 30 Aprile 2021 recante *"Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi"*.
7. Decreto Legge n. 80 del 9 Giugno 2021, convertito con modificazioni dalla Legge n. 113 del 6 Agosto 2021, recante *"Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia"*.
8. *Le norme del Contratto Collettivo del Comparto 2019/2021 sottoscritto il 2 novembre 2022 che disciplina l'istituto per gli aspetti non riservati alla fonte unilaterale e che costituiscono le modalità di superamento della fase emergenziale per lo sviluppo del lavoro agile. Con l'entrata in vigore dei nuovi CCNL, cesseranno la loro efficacia le Linee guida sopra richiamate nelle parti non compatibili con gli stessi.*

Oggetto e ambito di applicazione

Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) è disciplinato dall'art. 263 del Decreto Legge n. 34 del 19 maggio 2020, così come convertito dalla Legge n. 77 del 17 Luglio 2020, redatto sulla base delle Linee Guida sul POLA pubblicate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Funzione Pubblica, nel dicembre 2020.

Il POLA, insieme ai principali strumenti di programmazione delle Amministrazioni, deve essere inserito nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione introdotto dall'art. 6 Dlgs. n. 80/2021. Il comma 4 bis del citato articolo 263, modificato dal D.L. n. 56 del 30 aprile 2021, stabilisce che lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile possa essere effettuato dal personale impiegato in attività smartizzabile e che in caso di mancata adozione del POLA, il lavoro agile si applica ai dipendenti, ove lo richiedano.

L'adozione del POLA, quale modalità di organizzazione della prestazione lavorativa, è finalizzata a promuovere:

- dal punto di vista del lavoratore, la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e il miglioramento del benessere organizzativo;
- dal punto di vista dell'Azienda, l'accrescimento della produttività e della qualità del lavoro oltre ad una maggiore flessibilità organizzativa.

Il Lavoro Agile non deve essere confuso con l'istituto del telelavoro, di cui alla Legge n.191 del 1998 e s.m.i. poiché il telelavoro prevede lo spostamento, in tutto o in parte, della sede di lavoro dai locali aziendali ad altra sede (generalmente l'abitazione del lavoratore), ma il dipendente è vincolato, comunque, a lavorare da una postazione fissa e prestabilita, con gli stessi limiti di orario che avrebbe in ufficio. Il carico di lavoro, gli oneri e i tempi della prestazione, sono equivalenti a quelli dei lavoratori che svolgono la prestazione all'interno dei locali aziendali. Al contrario, il Lavoro Agile prevede che la prestazione lavorativa possa essere eseguita in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno ma senza stabilire una postazione fissa, anche se è preferibile, per facilitare l'assistenza tecnica al lavoratore da parte dell'Azienda, conoscere la sede e la dotazione in uso. Si può lavorare da qualsiasi luogo, non si timbra il cartellino e non si fanno pause in orari predefiniti.

Il responsabile di Struttura e il dipendente ridefiniscono in maniera flessibile le modalità, concordando comunque delle fasce orarie di reperibilità al fine di poter avere la certezza di un confronto diretto se necessario. Ciò su cui ci si focalizza è il raggiungimento di obiettivi e dei risultati.

Attività che possono essere svolte in modalità agile.

In linea generale possono essere svolte in regime di Lavoro Agile le attività che:

- ✓ *siano eseguibili attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche;*
- ✓ *possano essere remotizzabili e tali da non richiedere la costante presenza fisica del lavoratore in sede;*
- ✓ *prevedano l'utilizzo di documenti digitalizzabili;*
- ✓ *richiedano una concentrazione o una creatività particolare per la loro esecuzione;*
- ✓ *non richiedano una relazione costante con il responsabile della Struttura di appartenenza;*
- ✓ *siano pianificabili e verificabili nell'esecuzione e nella misurazione dei risultati.*

Destinatari

Legittimato a presentare domanda il personale dipendente in servizio presso la ASL Brindisi, sia del Comparto che della Dirigenza con contratto di lavoro a tempo determinato e indeterminato, tempo pieno o parziale, nel rispetto del principio di non discriminazione e di opportunità tra uomo e donna.

Criteri di assegnazione al lavoro agile:

1. Il Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 8.10.2021 stabilisce e le successive Linee guida confermano le seguenti condizionalità per il ricorso al lavoro agile:

- a) l'invarianza dei servizi resi all'utenza;
- b) l'adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza (sul punto si precisa che, in presenza di condizioni di difficoltà a lavorare in presenza, ad esempio figli in DAD o malati, la prevalenza può essere conteggiata sulla durata dell'Accordo e non sulla singola settimana);
- c) l'adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile;
- d) la necessità per l'amministrazione della previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato;
- e) la fornitura di idonea dotazione tecnologica al lavoratore;
- f) la stipula dell'accordo individuale di cui all'articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, cui spetta il compito di definire:
 - 1) gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile;

- 2) le modalità ed i tempi di esecuzione della prestazione;
- 3) le modalità ed i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in Lavoro Agile;
- g) il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti;
- h) la rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario.

2. In linea generale, i responsabili di struttura, nell'autorizzare il Lavoro Agile, tengono anche in debita considerazione i seguenti requisiti di carattere personale, quali ad esempio, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- a) l'affidabilità della persona;
- b) la capacità di lavorare in autonomia per conseguire gli obiettivi assegnati e di far fronte in autonomia ad eventuali imprevisti;
- c) la capacità di valutare criticamente il proprio operato e i risultati raggiunti;
- d) la capacità di gestione del tempo;
- e) le competenze informatiche.

Qualora venissero presentate istanze in numero ritenuto non sostenibile a livello organizzativo, i Direttori/Responsabili di Struttura adottano i seguenti criteri di priorità stabiliti da specifica normativa:

- ✓ dipendente portatore di handicap, debitamente certificato;
- ✓ lavoratori con figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'art. 3, c. 3 della L. 104/1992;
- ✓ condizione di lavoratrice nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall'art. 16 del D. Lgs. 151/2001;
- ✓ dipendenti genitori con figli di età inferiore ai 12 anni;
- ✓ dipendenti che assistono portatori di handicap in situazione di gravità, con adeguata documentazione o dipendenti caregiver.

Attori coinvolti nell'applicazione del lavoro agile

- a) Ufficio Formazione:

- recepisce la normativa vigente sulla base della quale definisce le linee guida applicative dell'istituto in Azienda, tramite il confronto con la Direzione strategica e l'Area Gestione del Personale;
- aggiorna i dipendenti dell'evoluzione normativa in materia tramite circolari a firma congiunta con l'Area Gestione del Personale;

b) l'Area Gestione del Personale, nell'ambito della gestione amministrativa:

- elabora e aggiorna il POLA;
- riceve, verifica e archivia gli accordi individuali ricevuti;
- inserisce sulla procedura cartellini la relativa autorizzazione;
- effettua le comunicazioni di legge al Ministero del Lavoro ai fini assicurativi;
- verifica le percentuali di lavoratori in regime di Lavoro Agile secondo gli aggiornamenti normativi sul punto;
- supporta le Direzioni di Struttura nel far fronte ad eventuali problematiche di tipo amministrativo che dovessero insorgere;

c) Dirigente responsabile di Struttura:

- garantisce il buon svolgimento delle funzioni di competenza e il rispetto dei tempi normativamente previsti per l'esecuzione delle proprie attività a prescindere dal regime in cui opera il personale;
- organizza il proprio ufficio, anche rivedendo i processi di competenza ed effettuando un'approfondita analisi organizzativa, nell'ottica di un miglioramento continuo e spostando l'attenzione dal controllo alla responsabilità dei risultati;
- mappa le attività che, nell'ambito della Struttura diretta, possono essere svolte in Lavoro Agile definendo e programmando le priorità e gli obiettivi di ciascun lavoratore in Lavoro Agile, verificandone il conseguimento e garantendo l'assenza di qualsiasi forma di discriminazione;
- concorre all'individuazione del personale da avviare alla modalità agile, anche alla luce della condotta dei dipendenti e favorisce la rotazione dello stesso, tesa ad assicurare, nell'arco temporale settimanale o plurisettimanale, un'equilibrata alternanza nello svolgimento dell'attività in modalità agile e di quella in presenza;

d) S.C. Sistemi Informativi Aziendali (S.I.A.)

Verifica l'attuabilità tecnica della prestazione da remoto in base alla dotazione del dipendente e definisce le relative misure di sicurezza tecnica e di comportamento anche per l'attività da remoto.

e) Servizio Prevenzione e Protezione (S.P.P.)

Fornisce le linee guida di comportamento anche per l'attività da remoto.

f) Responsabile Protezione Dati (R.P.D.)

Fornisce le linee guida di comportamento in materia di trattamento dati anche per l'attività da remoto.

g) Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)

Così come per gli indicatori definiti nel Piano della Performance, anche per quanto riguarda il POLA, il ruolo dell'OIV è fondamentale ai fini della valutazione della performance organizzativa.

Accordo individuale

L'accesso al lavoro agile è subordinato alla sottoscrizione di un accordo individuale tra il dipendente interessato e il Direttore/Dirigente responsabile, redatto in forma scritta ai fini della regolarità amministrativa e della prova ai sensi dell'art. 19 della Legge n. 81/2017. Tale accordo deve contenere i seguenti elementi:

- durata dell'accordo, avendo presente che lo stesso può essere massimo un anno, prorogabile;
- obiettivi da raggiungere;
- la tempistica prevista per il raggiungimento dell'obiettivo (settimanale/mensile/annuale);
- modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere da remoto;
- la strumentazione tecnologica necessaria per l'espletamento dell'attività e relativo software;
- luogo di prestazione del lavoro;
- i tempi di riposo del lavoratore nonché le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;
- modalità di recesso da parte del datore di lavoro, che può avvenire con un preavviso di 30 giorni fornendo specifica motivazione, mentre nel caso di lavoratori disabili tale preavviso deve essere reso nel termine di almeno 90 giorni.

Il dipendente dovrà rendicontare al proprio Direttore/Dirigente responsabile l'attività svolta in regime di Lavoro Agile ed i risultati raggiunti con cadenza periodica (su base settimanale o quindicinale o mensile).

Il Direttore/Dirigente responsabile dovrà verificare che l'accordo soddisfi tutti i requisiti di cui al presente Piano.

Il Lavoro Agile non modifica l'inquadramento e il livello retributivo del dipendente e consente le medesime opportunità rispetto ai percorsi professionali e alle iniziative formative, inoltre lo svolgimento della prestazione lavorativa, secondo questa modalità, non contempla il lavoro straordinario, le prestazioni aggiuntive, né i riposi compensativi.

Al dipendente in Lavoro Agile si applicano la normativa e gli accordi vigenti in materia di diritti sindacali. Nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile il comportamento del dipendente dovrà essere

improntato a principi di correttezza e buona fede e la prestazione dovrà essere svolta in conformità a quanto previsto dai CCNLL vigenti e a quanto indicato nel Codice di Comportamento Aziendale adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 2036 del 18.11.2014.

Ai sensi dell'art. 23, comma 1, della Legge n.81/ 2017 l'accordo per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità di Lavoro Agile e le sue eventuali modificazioni, sono oggetto delle comunicazioni di cui all'art.9 bis del D.L 510/1996 convertito dalla Legge n. 608/1996 attraverso l'apposita piattaforma informatica messa a disposizione sul portale dei servizi del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Dopo tali adempimenti, la Struttura suddetta provvederà ad informare il dipendente e il Direttore/Dirigente responsabile dell'effettivo avvio del lavoro agile.

Potere direttivo di controllo e disciplinare

Lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile, non modifica il potere direttivo e di controllo del proprio Direttore/Dirigente responsabile che sarà esercitato analogamente a quello applicato con riferimento alla prestazione resa presso i locali aziendali.

Il potere di controllo sulla prestazione resa al di fuori dei locali aziendali si esplicherà 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 Disciplina 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. 982 del registro delle deliberazioni

N. Proposta 1072-24

AREA GESTIONE PERSONALE – HUMAN RESOURCES AREA

U.O. ASSUNZIONI, CONCORSI E GESTIONE DELLE DOTAZIONI ORGANICHE – RECRUITMENT COMPETITIONS AND ORGANIC ENDOWMENTS

OGGETTO: Piano Triennale di fabbisogno di personale ASL Brindisi, triennio 2022-2024. Adozione definitiva.

Il giorno 07/05/2024 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 n. 1939/23/GC del 27/07/2023 avente ad oggetto: “Piano Triennale Fabbisogno del personale 2022-2024 ASL BR. Adozione provvisoria.” questa Azienda adottava in via provvisoria il PTFP 2022-2024;
- il predetto Atto Deliberativo veniva trasmesso anche al Dipartimento Promozione della Salute della Regione Puglia per le determinazioni di competenza;

Vista la nota Regionale n. N.0202600/2024 del 26/04/2024 con la quale il Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale ha notificato all'ASL BR la D.G.R. n. 514 del 22/04/2024 avente ad oggetto: “Art. 6 D.lgs. 165/2001; D.M. 8/5/2018 – Approvazione Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2022-2024 dell'ASL BR”.

Vista l'integrazione citata al punto n. 7 della D.G.R. n. 514 del 22/04/2024 con la quale la Regione Puglia ha previsto un fabbisogno aggiuntivo di personale a tempo indeterminato, pari a n. 1 unità, necessario al potenziamento dei Servizi SPeSAL del Dipartimento di Prevenzione aziendale, come previsto dall'art. 50, co. 1, del D.L. n. 73/2021, convertito con modificazioni dalla L. n. 106/2021;

Ritenuto, pertanto, di dover **adottare in via definitiva** il PTFP 2022-2024, di cui all'allegato 1, adottato provvisoriamente con deliberazione n. 1939/23/GC del 27/07/2023 ed approvato con D.G.R. n. 514 del 22/04/2024 con l'integrazione citata al punto n. 7 della D.G.R. n. 514 del 22/04/2024 di cui sopra;

Dato atto che:

- il costo complessivo del presente PTFP, al netto delle voci di costo non ricomprese nella spesa del personale a normativa vigente, rientra nel tetto di attribuito a questa ASL con D.G.R. n. 1818/2022;
- sono stati rispettati i vincoli finanziari normativamente prescritti per il presente PTFP come da certificazione del Collegio sindacale dell'ASL BR, ai sensi del combinato disposto dell'art. 3-ter D.Lgs. 502/1992 e dall'art. 20 del D.Lgs. 123/2011;

Richiamata la deliberazione n. 243 del 15.05.2014 del Garante per la protezione dei dati personali, avente ad oggetto: “Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e

documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati”;

Richiamato, altresì, il provvedimento n. 1406 del 20.5.2009 “*approvazione delle “Linee guida” per la predisposizione, adozione e pubblicazione delle deliberazioni del Direttore Generale e delle Determinazioni dei Dirigenti delegati*”.

Tanto premesso, si propone l'adozione dell'atto deliberativo, concernente l'oggetto, di cui, ognuno nell'ambito della propria competenza, attesta la legittimità e conformità alla vigente normativa europea, nazionale e regionale:

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)	_____ f.to _____
Il Direttore Area Gestione del Personale (Dr.ssa Caterina Diodicibus)	_____ f.to _____

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Maurizio De Nuccio, nominato quale Direttore Generale della A.S.L. di Brindisi con Deliberazione della Giunta Regionale Pugliese n. 1237 del 10.08.2023, coadiuvato dal Direttore Amministrativo avv. Loredana Carulli e dal Direttore Sanitario dott. Vincenzo Gigantelli;

ESAMINATA e fatta propria l'istruttoria 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;

D E L I B E R A

per i motivi esposti in premessa che in questa sede si intendono integralmente approvati e riportati ed a fronte delle innanzi descritte esigenze di servizio, di:

1. prendere atto:

- della nota Regionale n. N.0202600/2024 del 26/04/2024 con la quale il Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale ha notificato all'ASL BR la D.G.R. n. 514 del 22/04/2024 avente ad oggetto: “Art. 6 D.lgs. 165/2001; D.M. 8/5/2018 – Approvazione Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2022-2024 dell'ASL BR”;
- dell'integrazione citata al punto n. 7 della D.G.R. n. 514 del 22/04/2024 con la quale la Regione Puglia ha previsto un fabbisogno aggiuntivo di personale a tempo indeterminato, pari a n. 1 unità, necessario al potenziamento dei Servizi SPeSAL del Dipartimento di Prevenzione aziendale, come previsto dall'art. 50, co. 1, del D.L. n. 73/2021, convertito con modificazioni dalla L. n. 106/2021;
- che il costo complessivo del presente PTFP, al netto delle voci di costo non ricomprese nella spesa del personale a normativa vigente, rientra nel tetto di attribuito a questa ASL con D.G.R. n. 1818/2022;
- che sono stati rispettati i vincoli finanziari normativamente prescritti per il presente PTFP come da certificazione del Collegio sindacale dell'ASL BR, ai sensi del combinato disposto dell'art. 3-ter D.Lgs. 502/1992 e dall'art. 20 del D.Lgs. 123/2011;

2. **adottare in via definitiva** il PTFP 2022-2024 di cui all'allegato 1, adottato provvisoriamente con deliberazione n. 1939/23/GC del 27/07/2023 ed approvato con D.G.R. n. 514 del 22/04/2024 con l'integrazione citata al punto n. 7 della D.G.R. n. 514 del 22/04/2024 di cui sopra;
3. **comunicare** il presente PTFP 2022-2024, al MEF tramite il sistema SICO di cui all'art. 60 del D. Lgs. n. 165/2001;
4. **trasmettere** il presente Atto Deliberativo al Collegio Sindacale ASL Br, alla Regione Puglia - Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti, alle OO. SS. di tutte le Aree contrattuali.

Il Direttore Amministrativo (Avv. Loredana Carulli)	f.to _____
Il Direttore Sanitario (Dott. Vincenzo Gigantelli)	f.to _____
Il Direttore Generale (Dott. Maurizio De Nuccio)	f.to _____

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BRINDISI

PER COPIA CONFORME AD USO AMMINISTRATIVO	CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE
Brindisi _____ Il Responsabile _____	PUBBLICATA ALL'ALBO PRETORIO ON LINE DI QUESTA AZIENDA SANITARIA Dal_07/05/2024___al_____
	Data _____
	Il Responsabile _____

Sezione 3.3.1:

Formazione del Personale

Annotazione

Relativamente al Piano della Formazione occorre evidenziare che alla data di redazione del presente documento non sono state individuate le risorse allo stesso destinate, in quanto la data per l'adozione del Bilancio Economico Preventivo è stata prorogata alla data del 15.02.2025, giusta nota prot. n.628075 del 17.12.2024 la Sezione Bilancio della Sanità e Sport della Regione Puglia ad oggetto "Bilancio di Previsione 2025. Seguito nota prot. 0627687 del 17 dicembre 2024" (ex art. 5, comma 1 del Decreto Ministeriale del 24/05/2019 – Ministero della Salute).

Pertanto ci si riserva di allegare il piano della Formazione 2025-2027 al momento dell'adozione del PIAO 2025 definitivo. A tal proposito giova evidenziare quanto previsto dall'art. 8 comma 1 e 2 del D.P.C.M. del 30.06.2022)