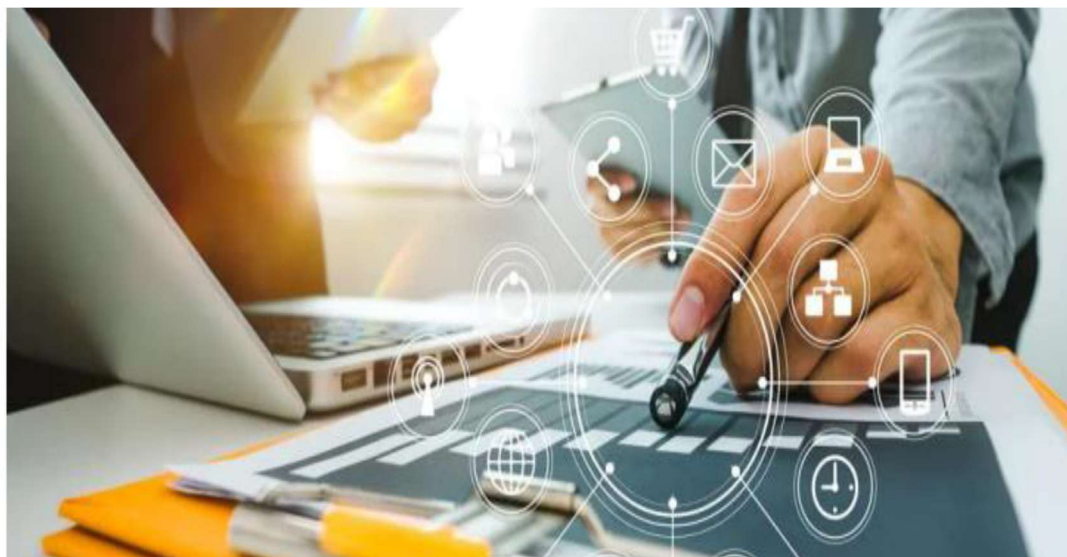




Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.)

2026-2028 ANNUALITA'2026

AZIENDA SANITARIA LOCALE ASP POTENZA

Sommario

NORMATIVA DI RIFERIMENTO	
PREMESSA	
1. SEZIONE – 1 L’AZIENDA	
1.1. Scheda anagrafica dell’amministrazione	
1.2. Dati identificativi dell’azienda.....	
1.3. Assetto organizzativo aziendale	
1.4. Analisi demografica territoriale	
1.5. Analisi del contesto aziendale	
1.5.1. Assistenza Sanitaria di Base	
1.5.2. Assistenza Territoriale	
1.5.3. Assistenza Ospedaliera	
1.5.4. Salute Mentale	
1.5.5. Prevenzione.....	
2. SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE	
2.1. Valore Pubblico	
2.2. Performance	
2.3. Rischi corruttivi e trasparenza	
3. SEZIONE - 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	
3.1. Lavoro agile.....	
3.2. Piano triennale del Fabbisogno del personale	
3.3. Formazione del personale	
4. SEZIONE – 4 MONITORAGGIO	
5. SEZIONE ALLEGATI.....	

Normativa di riferimento:

- art. 6 del Decreto-legge n. 80 del 9 giugno 2021, convertito nella Legge n.113 del 6 agosto 2021, con il quale si prevede che le Pubbliche Amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO);
- Decreto-legge n. 36 del 30/04/2022 recante “Ulteriori misure urgenti per l’attuazione del PNRR che all’art. 6 del D.L. 80/2021 aggiunge il comma 7-bis: «Le Regioni, per quanto riguarda le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, adeguano i rispettivi ordinamenti ai principi di cui al presente articolo e ai contenuti del Piano tipo definiti con il decreto di cui al comma 6.»”;
- D.P.R. n. 81 del 24/06/2022 (G.U. 151/2022) “Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione”, che all’art.1, comma1, lett. da a) a F) prevede che gli adempimenti inerenti i piani previsti da specifiche disposizioni normative, “sono soppressi in quanto assorbiti nel PIAO”: Piano dei Fabbisogni, Piano delle Azioni Concrete, Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio, Piano della Performance, Piano di Prevenzione della Corruzione, Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), Piano di Azioni Positive;
- D.M. n. 132 del 30.06.2022 (G.U. n. 209/2022) “Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione”.

PREMESSA

Il Piano Integrato di Amministrazione e Organizzazione (PIAO) è il documento di programmazione delle amministrazioni pubbliche introdotto e disciplinato dal D.L. 9 giugno 2021 n. 80, convertito con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021 n. 113, 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”*, che al 1 comma dell'art 6 prevede, *“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, che le pubbliche amministrazioni, con più di 50 dipendenti, adottino entro il 31 gennaio di ogni anno il Piano Integrato di Attività e Organizzazione”*, di seguito denominato PIAO.

Con Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione, emanato di concerto con il Ministro dell'Economia e Finanze, n. 132 del 30/06/2022 è stato adottato il *“Regolamento recante definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione”* come previsto dall'articolo 6, comma 6 del Decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80 convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113.

Tale Regolamento definisce i contenuti del Piano e delinea le modalità semplificate per permetterne l'adozione, prevedendo un modello standard contenente 4 sezioni: (1a) Scheda anagrafica dell'Amministrazione; (2a) Valore pubblico, Performance e Anticorruzione, (3a) Organizzazione e Capitale umano; (4a) Monitoraggio. Le sezioni, a loro volta, sono ripartite in sottosezioni di programmazione riferite a specifici ambiti di attività amministrativa e gestionale. Ciascuna sezione del Piano deve avere contenuto sintetico e descrittivo delle relative azioni programmate, secondo quanto stabilito dal citato decreto, per il periodo di applicazione del Piano stesso, con particolare riferimento, ove ve ne sia necessità, alla fissazione di obiettivi temporali intermedi.

Il Piano, elaborato ai sensi del citato Decreto n. 132 del 30/06/2022, assicura la coerenza dei propri contenuti ai documenti di programmazione finanziaria che ne costituiscono il necessario presupposto, ha durata triennale e viene aggiornato annualmente.

Il Piano è predisposto esclusivamente in formato digitale ed è pubblicato sul sito istituzionale del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri e sul sito istituzionale dell'amministrazione.

il PIAO dell'ASP relativo al triennio 2026-2028 – Anno 2026, risulta così articolato:

SEZIONE 1 - Scheda Anagrafica dell'Amministrazione, in cui sono riportati i dati identificativi dell'Azienda;

SEZIONE 2 - Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione, articolata a sua volta nelle seguenti sottosezioni:

- **Valore pubblico:** in cui sono esplicitati i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici, definiti in conformità con i documenti di programmazione economico finanziaria, le modalità e le azioni finalizzate, nel periodo di riferimento, a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, alle amministrazioni.
- **Performance:** in cui, coerentemente a quanto disposto dal Capo II del decreto legislativo n. 150 del 2009, e nell'ambito della cornice programmatica regionale vigente, sono individuati gli obiettivi e gli indicatori di performance di efficienza e di efficacia i cui esiti dovranno essere rendicontati nella relazione di cui all'articolo 10, comma 1, lettera b), del predetto decreto legislativo;
- **Rischi corruttivi e trasparenza:** predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) sulla base degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, definiti ai sensi della legge n. 190 del 2012 e s.m.i., in una logica di integrazione con quelli specifici programmati in modo funzionale alle strategie di creazione di valore.

SEZIONE 3 - Organizzazione e capitale umano, articolata nelle seguenti sottosezioni:

- organizzazione del lavoro agile, in cui sono indicate la strategia perseguita dall'Azienda e gli obiettivi legati allo sviluppo di modelli innovativi di organizzazione del lavoro, anche da remoto (es. lavoro agile e telelavoro), in coerenza con quanto definito dai contratti vigenti;
- piano triennale dei fabbisogni di personale, in cui sono riportati la rappresentazione della consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente, la programmazione strategica delle risorse umane, gli obiettivi di trasformazione dell'allocazione delle risorse, la strategia di copertura del fabbisogno, il Piano di formazione aziendale.

- SEZIONE 4 – Monitoraggio, in cui sono indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio.

1. SEZIONE – 1 L'AZIENDA

1.1 Scheda anagrafica dell'amministrazione

Direzione Generale e Sede Amministrativa: Via Torraca n. 2 - 85100 Potenza

Sede Legale: Via Torraca n. 2 - 85100 Potenza

Legale rappresentante: Dott. Giuseppe De Filippis (Direttore Generale)

Codice Fiscale / Partita Iva: 01722360763

Numero di telefono: 0971310111 (centralino)

Sito istituzionale: www.aspbasilicata.it

PEC / domicilio digitale: protocollo@pec.aspbasilicata.it

Distretto Potenza - Alto Basento

Distretto Val d'Agri - Marmo Platano - Melandro

Distretto Lagonegrese - Pollino

Distretto Vulture - Alto Bradano

1.2. Dati identificativi dell'Azienda

L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP) è stata istituita con la Legge Regionale di Basilicata n.12 del 1° luglio 2008. Essa è subentrata, sostituendole, dal 1° gennaio 2009, alle Aziende Sanitarie UU.SS.LL. n. 1 di Venosa, n. 2 di Potenza e n. 3 di Lagonegro, sopprese.

Secondo quanto stabilito dalle norme statali, regionali e dagli atti regolamentari interni, l'Azienda ha personalità giuridica pubblica, è dotata di autonomia imprenditoriale e agisce mediante atti di diritto privato.

L'ambito territoriale aziendale corrisponde all'intero territorio della Provincia di Potenza: 100 comuni con una superficie di 6546 Km².

La sede legale dell'Azienda è in Potenza, alla via Torraca n. 2, con codice fiscale e partita IVA n. 01722360763.

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili, immobili ed immateriali delle disciolte ASL nonché da quelli acquisiti, a titolo oneroso o gratuito, successivamente. L'Azienda dispone del proprio patrimonio nel rispetto delle leggi e della normativa nazionali e regionali.

La missione istituzionale dell'Azienda Sanitaria di Potenza (ASP) si riferisce alla tutela e promozione del benessere degli individui e della collettività ed al miglioramento dello stato di salute.

Tale obiettivo viene perseguito assicurando i livelli essenziali di assistenza nel territorio, istituendo ed organizzando i distretti e i dipartimenti territoriali e di prevenzione, i quali operano in maniera integrata con la rete ospedaliera, con la rete dell'emergenza-urgenza e con il sistema integrato dei servizi alla persona.

La missione istituzionale è improntata ai principi guida già citati:

- la centralità della persona;
- la qualità clinico-assistenziale, l'appropriatezza, il coinvolgimento e la qualificazione continua delle risorse umane;
- la compatibilità tra le risorse disponibili ed il costo dei servizi offerti.

L'Azienda opera come elemento di congiunzione tra la dimensione politico-strategica e il livello operativo gestionale aziendale, assicurando un governo coordinato, orientato e sostenibile del Servizio Sanitario Regionale nell'ottica di fornire la massima aderenza dell'offerta dei servizi sanitari ai bisogni della popolazione.

Le principali funzioni che orientano l'Azienda sono:

1. il governo unitario globale della domanda di salute espressa dalla comunità locale;
2. la presa in carico del bisogno del cittadino, individuando i livelli appropriati di erogazione dei servizi;
3. l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali attivati dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai servizi direttamente gestiti, per le competenze loro attribuite dalla programmazione regionale e locale;
4. la promozione, anche in collaborazione con il dipartimento di prevenzione, di iniziative di educazione sanitaria e di informazione agli utenti;
5. la fruizione dei servizi territoriali sanitari e socio-sanitari, assicurando l'integrazione con i servizi sociali e con i servizi ospedalieri.

L'organizzazione e il funzionamento sono disciplinati dall'atto aziendale e mirano al raggiungimento dei seguenti obiettivi fondamentali:

- a) la valorizzazione del coinvolgimento responsabile dei cittadini, degli operatori e degli utenti nelle questioni concernenti la salute in quanto diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività;
- b) la definizione di un assetto organizzativo della ASP che tenga conto del necessario stretto collegamento tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale e della indispensabile integrazione tra assistenza sociale e assistenza sanitaria;
- c) promuovere l'integrazione e la cooperazione fra le aziende sanitarie e favorire il coordinamento, a livello regionale delle politiche del personale e delle politiche finalizzate all'acquisto di beni e servizi e allo sviluppo dell'innovazione tecnologica e del sistema informativo;
- d) garantire il miglioramento della qualità e dell'adeguatezza dei servizi sanitari;
- f) garantire l'uniformità dei risultati nella promozione, tutela, cura e assistenza della salute, indipendentemente dal territorio di residenza, dalla struttura di primo contatto e di presa in cura post-acuzie;
- g) promuovere la sicurezza dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali, sia per i cittadini che per gli operatori, sia all'interno che all'esterno delle strutture sanitarie;
- h) sostenere la formazione degli operatori e la valorizzazione delle competenze professionali.

1.3. Assetto organizzativo aziendale

L'assetto aziendale, secondo il modello previsto dalla DDG n. 579 del 03/09/2015 si basa su due livelli direzionali distinti: la direzione strategica e la direzione operativa.

Sono Organi dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza

- il Direttore Generale
- il Collegio Sindacale
- il Collegio di Direzione

Il Direttore Generale è l'organo cui competono tutti i poteri di gestione nonché la rappresentanza legale dell'Azienda; egli è tenuto ad assicurare il regolare funzionamento dell'Azienda.

L'Azienda si avvale delle strutture di Staff, quali articolazioni a valenza aziendale, trasversale e direttamente dipendenti dalla Direzione strategica per il supporto, la consulenza e l'attività di programmazione e monitoraggio degli obiettivi ed azioni strategiche.

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di organizzazione e gestione con cui si dà attuazione al principio di partecipazione dei professionisti al processo decisionale, secondo i rispettivi ambiti di responsabilità.

L'organizzazione dell'Azienda è articolata nelle seguenti tipologie di Strutture Organizzative:

-  Dipartimenti;
-  Strutture Complesse (Unità Operative Complesse – U.O.C.);
-  Strutture Semplici a valenza dipartimentale (Unità Operative Semplici Dipartimentali – U.O.S.D.);
-  Strutture Semplici (Unità Operative Semplici sub articolazioni di strutture complesse – U.O.S.);
-  Servizi (sub articolazioni di strutture e/o aree di attività affidate a personale dirigente).

Il Dipartimento è il modello di aggregazione adottato per tutte le strutture organizzative dell'Azienda.

L'articolazione di base dell'azienda sanitaria rispetta l'assetto organizzativo voluto dalla Regione Basilicata e finalizzato a garantire il soddisfacimento dei bisogni sanitari in materia di: a) assistenza distrettuale; b) assistenza ospedaliera. c) assistenza sanitaria collettiva negli ambienti di vita e di lavoro.

La strutturazione minima dell'assetto aziendale prevede:

Distretti della Salute

Presidi Ospedalieri Distrettuali

Dipartimenti di Prevenzione

Altri dipartimenti (Insieme di strutture complesse e semplici dotate di autonomia tecnico gestionale ed economico/finanziaria)

La funzione territoriale è svolta dai Distretti Sanitari di Base. Il Distretto Sanitario, ai sensi del D.M. 23 maggio 2022, n. 77 deve essere riposizionato in una nuova dimensione demografica, secondo un range di popolazione compreso tra i 100.000 e i 180.000 abitanti.

In considerazione dei suddetti parametri e delle deroghe agli stessi, rese necessarie sia dalla particolare conformazione orografica del territorio regionale che da altre variabili sociali, la programmazione regionale con le DD.GG.RR. n. 948/2022 e n. 421/2024, e di conseguenza l'ASP, con DD.DD.GG. n. 44 del 29.01.2023 e n.1059 del 04/12/2024 ha individuato per l'Azienda Sanitaria di Potenza n. 4 Distretti (in luogo dei precedenti n. 6 Distretti), che di seguito si elencano:

DISTRETTO 1 VULTURE ALTO BRADANO che ricomprende i Comuni di:

Atella, Banzi, Barile, Forenza, Genzano di Lucania, Ginestra, Lavello, Maschito, MELFI, Montemilone, Palazzo San Gervasio, Rapolla, Rapone, Rionero in Vulture, Ripacandida, Ruvo del Monte, San Fele, Venosa;

DISTRETTO 2 VAL D'AGRI – MARMO PLATANO MELANDRO che ricomprende i Comuni di:

Armento, Balvano, Baragiano, Bella, Brienza, Castelgrande, Castronuovo di Sant'Andrea, Corleto Perticara, Gallicchio, Grumento Nova, Guardia Perticara, Marsico Nuovo, MARSICOVETERE (C), Missanello, Moliterno, Montemurro, Muro Lucano (H), Paterno, Pescopagano, Picerno, Ruoti, San Chirico Raparo, San Martino d'Agri, Sant'Angelo Le Fratte, Sant'Arcangelo, Sarconi, Sasso di Castalda, Satriano di Lucania, Savoia di Lucania, Spinoso, Tito, Tramutola, Vietri di Potenza, Viggiano;

DISTRETTO 3 - POTENZA - ALTO BASENTO che ricomprende i Comuni di: Abriola, Acerenza, Albano di Lucania, Anzi, Avigliano, Brindisi di Montagna, Calvello, Campomaggiore, Cancellara, Castelmezzano, Filiano, Laurenzana, Oppido Lucano, Pietragalla, Pietrapertosa, Pignola, Potenza, San Chirico Nuovo, Tolve, Trivigno, Vaglio Basilicata.

DISTRETTO 4 – LAGONEGRESE - POLLINO che ricomprende i Comuni di: Calvera, Carbone, Castelluccio Inferiore, Castelluccio Superiore, Castronuovo di Sant'Andrea, Cersosimo, Chiaromonte, Episcopia, Fardella, Francavilla sul Sinni, Lagonegro, Latronico, Lauria, Maratea, Nemoli, Noepoli, Rivello, Rotonda, San Costantino, San Paolo Albanese; San Severino Lucano, Senise, Teana, Terranova del Pollino, Trecchina, Viggianello.

Rientrano, come stabilito con la D.G.R. n. 948/2022, nel livello di assistenza distrettuale le seguenti attività assistenziali:

- a) cure primarie;
- b) farmaceutica;
- c) assistenza domiciliare nelle sue varie forme e intensità in risposta al fabbisogno delle persone;
- d) specialistica ambulatoriale e protesica
- e) assistenza riabilitativa;
- f) assistenza consultoriale, familiare, pediatrica e psicologica;

- g) assistenza socio sanitaria;
- h) dipendenze patologiche;
- i) residenziale e socio sanitaria territoriale.

Con l'adozione del Piano Operativo Territoriale di cui alla D.G.R. n. 948 del 30 dicembre 2022

suindicato, la Regione Basilicata ha previsto:

- l'istituzione di n. 6 Centrali Operative Territoriali sull'intero territorio regionale e, in particolare, di n. 4 COT nell'ambito territoriale di afferenza dell'Azienda Sanitaria di Potenza, articolate in ragione di una COT per ciascun Distretto (Potenza, Venosa, Villa d'Agri, Lagonegro);
- l'attivazione di n. 7 Case della Comunità Hub, di cui n. 4 per l'Azienda Sanitaria di Potenza (Lavello, Sant'Arcangelo, Potenza e Lagonegro);
- la costituzione di n. 19 Case della Comunità Spoke, di cui n. 13 allocate nel territorio di competenza di questa ASP e così individuate:
 - Genzano e San Fele (Hub di riferimento – Lavello);
 - Vietri di Potenza e Corleto Perticara (Hub di riferimento – Sant'Arcangelo);
 - Anzi e Avigliano (Hub di Riferimento – Potenza);
 - Maratea, Senise e Viggianello (Hub di riferimento – Lagonegro);
- le Unità di Continuità Assistenziale, nel numero complessivo di 6, di cui n. 4 per l'Azienda Sanitaria di Potenza, operanti nell'ambito dei Distretti per come previsti nella riorganizzazione territoriale distrettuale (Distretti, rispettivamente, del Vulture Alto Bradano, Val d'Agri e Marmo Platano Melandro, Potenza Alto Basento e Lagonegrese Pollino);
- l'Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFoC) nella misura di n. 1 IFoC ogni 2.000/3.000 abitanti;
- la realizzazione di n. 5 Ospedali di Comunità, di cui n. 3 per questa Azienda (Muro Lucano, Maratea e Venosa) ciascuno dotato di n. 20 P.L.

Di tali strutture, secondo lo stato di avanzamento dei progetti PNRR allegato al presente piano, risultano completamente funzionanti tutte le COT tranne quella Device che è realizzata al 50%. Per lo stato di avanzamento degli altri progetti si rinvia all'allegato "STATO DI AVANZAMENTO DEGLI INTERVENTI RIENTRANTI NELLA MISSIONE 6 – SANITA' DEL PNRR dicembre 2025" allegato al presente documento.

1.4. Analisi demografica territoriale

GENERALITÀ DEL TERRITORIO, DELLA POPOLAZIONE ASSISTITA E DELL' ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA

L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP) include il territorio della provincia di Potenza che ricomprende 100 comuni per una superficie complessiva di 6.594,44 Km². Essa rappresenta una realtà complessa considerato l'aspetto orografico del territorio (in gran parte montuosa, intersecata da vallate), le problematiche socio-economiche ivi presenti, e l'insufficienza delle infrastrutture che non riescono sempre a garantire adeguati collegamenti.



DENSITA' ABITATIVA ED URBANIZZAZIONE

La rappresentazione delle principali variabili demografiche provinciali, quali l'estensione territoriale, la densità abitativa, la distribuzione degli abitanti per sesso e per età, il numero di famiglie residenti, l'incidenza degli stranieri, è contenuta nelle tabelle che seguono:

TERRITORIO		DATI DEMOGRAFICI (31.12.2025 ISTAT)	
Regione	BASILICATA	Popolazione (n.)	340.909
Sigla	PZ	Maschi (%)	168.638
Comune capoluogo	POTENZA	Femmine (%)	172.271
Comuni nella provincia	100	Stranieri (%)	13.390 (3,9%)
Superficie (kmq)	6.594,44	Età media (anni)	48
Densità abitativa (abitanti/kmq)	51,71		

Dati ISTAT al 31.12.2025

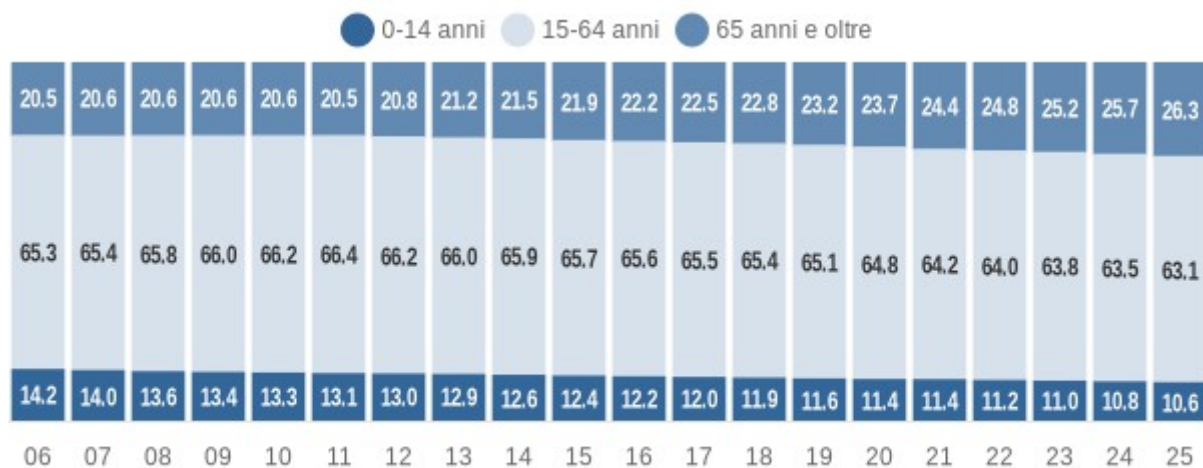
PROFILO DEMOGRAFICO

Nel territorio dell'ASP di Potenza risiedono 340.909 abitanti di cui 63.864 nella città capoluogo (dati Istat al 31.12.2025), per una densità abitativa media di 52,07 ab/kmq. Il 51,7 % della popolazione è di sesso femminile, mentre il 48,3 % è di sesso maschile. La popolazione over 65 è circa il 16,50% del totale (anno 2023 dati ADMINSTAT)

Struttura della popolazione dal 2002 al 2025

L'analisi della struttura per età di una popolazione considera tre fasce di età: **giovani** 0-14 anni, **adulti** 15-64 anni e **anziani** 65 anni e oltre. In base alle diverse proporzioni fra tali fasce di età, la struttura di una popolazione viene definita di tipo *progressiva*, *stazionaria* o *regressiva* a seconda che la popolazione giovane sia maggiore, equivalente o minore di quella anziana.

Lo studio di tali rapporti è importante per valutare alcuni impatti sul sistema sociale, ad esempio sul sistema lavorativo o su quello sanitario.



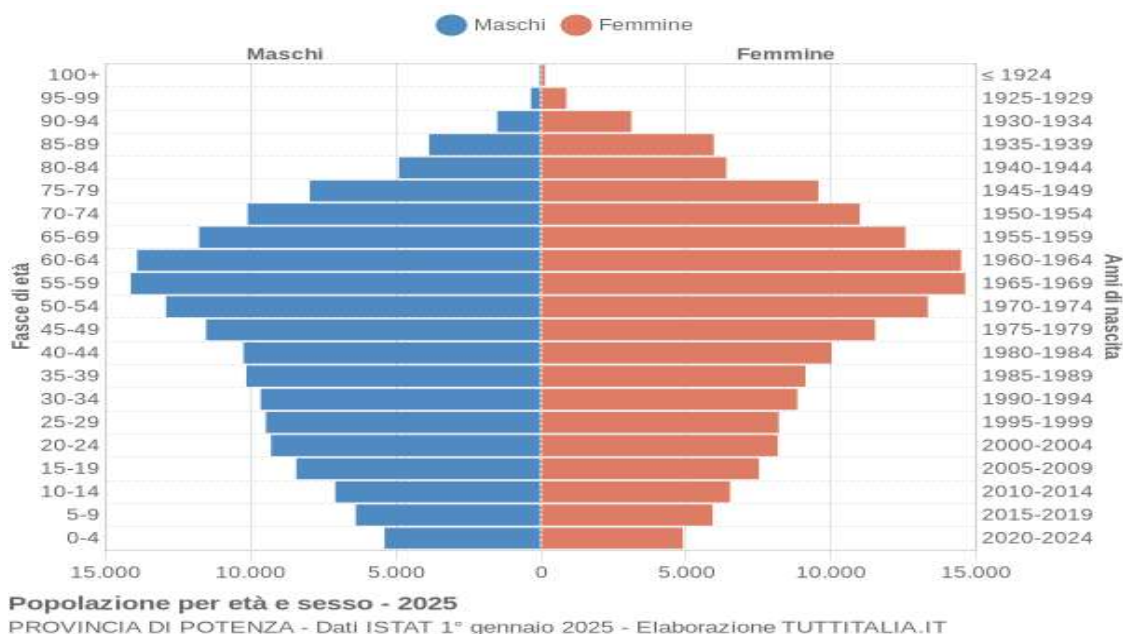
Struttura per età della popolazione (valori %) - ultimi 20 anni

PROVINCIA DI POTENZA - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Il grafico in basso, detto **Piramide delle Età**, rappresenta la distribuzione della popolazione residente in Basilicata per età e sesso al 1° gennaio 2025. I dati per stato civile non sono al momento disponibili. La popolazione è riportata per **classi quinquennali** di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra).

In generale, la **forma** di questo tipo di grafico dipende dall'andamento demografico di una popolazione, con variazioni visibili in periodi di forte crescita demografica o di cali delle nascite per guerre o altri eventi.

In Basilicata ha avuto la forma simile ad una **piramide** fino agli anni '60, cioè fino agli anni del boom demografico. Da notare anche la maggiore longevità femminile degli ultra-sessantenni.



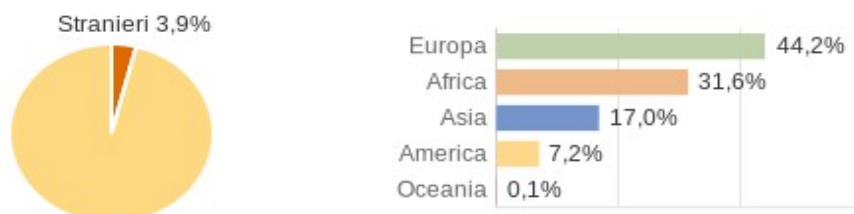
La piramide dell'età della provincia di Potenza conferma la tendenza, generalizzata sul territorio nazionale, alla contrazione delle classi di età più giovani, per effetto del calo della natalità e la crescita delle classi di età comprese nell'intervallo 65 e oltre. L'età media della popolazione è di 48 anni.

Cittadini stranieri 2025 - provincia di Potenza

Popolazione straniera residente in provincia di Potenza al 1° gennaio 2025. I dati tengono conto dei risultati del Censimento permanente della popolazione. Sono considerati cittadini stranieri le persone di cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in Italia.



Gli stranieri residenti in provincia di Potenza al 1° gennaio 2025 sono 13.390 e rappresentano il 3,9% della popolazione residente.



La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla Romania con il 27,8% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dal Marocco (7,8%) e dall'Ucraina (6,2%).

Principali indici demografici calcolati sulla popolazione residente in provincia di Potenza.

Anno	Indice di vecchiaia di natalità (per 1.000ab.)	Indice di natalità (per 1000 ab.)	Indice di mortalità per 1.000 ab.
2002	125,1	8,9	9,7
2003	129,9	8,4	9,8
2004	134,5	8,5	9,8
2005	139,5	8	10
2006	143,8	8,2	9,9
2007	147,8	8	10,2
2008	150,8	8,1	10
2009	153	8	10,1
2010	154,9	7,6	10,3
2011	157	7,5	10,4
2012	160,4	7,7	10,8
2013	164,5	6,8	10,8
2014	170	6,9	10,6
2015	176,3	7,1	11,6
2016	181,4	6,8	11,2
2017	187,2	7	11,9
2018	192,3	6,4	11,6
2019	199,9	6,5	12,3
2020	207,4	6,4	12,7
2021	213,6	5,9	13,1
2022	221,6	5,9	13,8
2023	228,9	5,8	12,9
2024	238,2	5,6	12,1
2025	248,9	-	-

Lo studio PASSI (studio di sorveglianza in sanità pubblica relativo alla raccolta di informazioni della popolazione adulta su stili di vita fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento) mostra un dato migliorativo nell'anno 2024 rispetto al 2023, permangono delle criticità per quanto riguarda il consumo di alcol.

Indicatori studio PASSI. Periodo Biennio 2024-2023

TABELLA	TIPOLOGIA RAGGRUPPAMENTO	DESCRIZIONE ATTIVITA'	Anno 2024	Anno 2023	Anno 2024 Ob. 100%	Anno 2024 Ob. 50%	Anno 2024 Ob. 0%
TAB. 1	ATTIVITA' FISICA	Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	39,11	36,57	>33	da 23 a 33	<23
TAB. 2	ALIMENTAZIONE	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso	48,62	48,99	>45	da 25 a 45	<25
TAB. 3	ATTIVITA' FISICA	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	41,14	45,68	>35	da 25 a 35	<25
TAB. 4	ALCOL	Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno	5,59	1,96	>9	da 3 a 9	<3
TAB. 5	FUMO	Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	65,91	59,45	>55	da 35 a 55	<35

La colonna Anno 2024 tiene conto dei dati raccolti nel biennio "2024-2023", mentre la colonna Anno 2023 tiene conto di quelli raccolti nel biennio "2023-2022"

Un altro dato importante è quello degli infortuni sul lavoro. Nell'anno 2024 si sono verificati un totale complessivo di **69** infortuni sul lavoro (n. 87 nel 2023 riduzione del 20,06%) con prognosi >30 giorni con un totale di **110** accessi da parte del personale per condurre le indagini, n. **18** indagini di polizia giudiziaria per infortunio sono state completate ed archiviate.

Sono state svolte le indagini per i **12** infortuni mortali accaduti nel periodo in esame pari al 100% degli eventi accaduti. Di questi, **3** infortuni mortali hanno interessato l'area del Vulture-Melfese, **6** il Potentino e **3** l'area del Lagonegrese-Val d'Agri. Suddividendo per settori produttivi **1** è accaduto in agricoltura, **6** in attività legate ai servizi e all'industria e **5** in edilizia.

1.5. Analisi del contesto aziendale

Considerata la popolazione assistita e l'estensione del territorio, L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza eroga diversi tipi di assistenza al cittadino, articolandosi in Distretti e Dipartimenti:

ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

ASSISTENZA TERRITORIALE

ASSISTENZA OSPEDALIERA

SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

PREVENZIONE

1.5.1 Assistenza Sanitaria di Base

L'Azienda ASP garantisce, attraverso i propri servizi e attraverso i medici e i pediatri convenzionati, gli ambulatori di continuità territoriale, la gestione delle patologie acute e croniche.

In particolare, garantisce lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria, delle informazioni ai cittadini sui servizi offerti e sulle prestazioni erogate, l'attivazione di percorsi assistenziali, il controllo dello sviluppo del bambino, le visite ambulatoriali e domiciliari, la prescrizione dei medicinali, l'assistenza domiciliare integrata e programmata, l'esecuzione degli screening, e tutte le prestazioni indicate nell'art. 4 del DPCM del 12.01.2017.

MMG - PLS e MCA				
Periodo gennaio-settembre 2025 e confronto con lo stesso periodo dell'anno precedente				
	Periodo: gennaio-settembre 2025		Periodo: gennaio-settembre anno 2024	
	Numero Medici	Numero Assistiti	Numero Medici	Numero Assistiti
MMG	267	314.046	276	315.877
PLS	28	26.860	31	27.981

Scelte e revoche MMG		
Periodo gennaio-settembre 2025 e confronto con lo stesso periodo dell'anno precedente		
	Periodo: gennaio-settembre 2025	Periodo: gennaio-settembre 2024
Nr. Scelte Medico	60.821	38.464
Nr. Revoche Medico	60.185	33.992

Scelta e revoca PLS Periodo gennaio-settembre 2025 e confronto con lo stesso periodo dell'anno precedente		
	Periodo: gennaio-settembre 2025	Periodo: gennaio-settembre 2024
Nr. Scelte Medico	2.521	3.170
Nr. Revoche Medico	2.780	3.935

DISTRIBUZIONE DELLA POPOLAZIONE ASSISTITA PER FASCIA DI ETA'						
Periodo gennaio-settembre 2025 e confronto con lo stesso periodo dell'anno precedente						
CLASSE DI ETA'	Periodo: gennaio-settembre 2025			Periodo: gennaio-settembre anno 2024		
	Maschi	Femmine	TOT.	Maschi	Femmine	TOT.
0 -13 anni	16.893	15.575	32.468	17.706	16.386	34.092
14 -64 anni	110.698	107.669	218.367	115.339	111.497	226.836
65-74 anni	22.191	24.098	46.289	22.042	23.766	45.808
> 75	19.284	26.786	46.070	18.896	26.780	45.676
TOTALE	169.066	174.128	343.194	173.983	178.429	352.412

1.5.2 Assistenza Territoriale

L'assistenza territoriale comprende tutte le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, compresa la specialistica ambulatoriale, la diagnostica per immagini e le prestazioni di laboratorio. L' ASP di Potenza gestisce e coordina le attività sanitarie di un territorio molto vasto, all'interno del quale sono presenti 102 strutture a gestione diretta (n.4 Presidi Ospedalieri Distrettuali e 98 strutture non ospedaliere che assicurano attività di post-acuzie, residenzialità, ambulatori, laboratori e altri servizi) e n. 58 strutture non direttamente gestite convenzionate private, che assicurano assistenza psichiatrica, assistenza agli anziani, attività di laboratorio, ambulatori, diagnostica e altri servizi. Nelle tabelle che seguono si rappresentano le menzionate strutture:

STRUTTURE A GESTIONE DIRETTA

Ann o	Codic e Regio ne	Codic e Azien da	Codice struttu ra	Denominazi one struttura	Indirizz o	Codice Tipo Struttu ra	Tipo struttura	Denominazi one struttura di ricovero	Tipo rappor to con il S.S.N.	Descrizione tipo assistenza erogata
2025	170	201	000101	SEDE DECENT. C.DSB LAVELLO	STATALE 93	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA' CLINICA - ATTIVITA' DI LABORATORIO

Ann o	Codic e Regio ne	Codic e Azien da	Codice struttu ra	Denominazi one struttura	Indirizz o	Codice Tipo Struttu ra	Tipo struttura	Denominazi one struttura di ricovero	Tipo rappor to con il S.S.N.	Descrizione tipo assistenza erogata
2025	170	201	000103	SEDE DEC.C. DSB FORENZA	VIA CONVENT O	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA' DI LABORATORIO
2025	170	201	000105	SEDE DEC. C. DSB BANZI	VIA MUNICIPI O 1	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA' DI LABORATORIO
2025	170	201	000106	SEDE DEC.C.DSB MONTEMILONE	VIA REGINA ELENA 1	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA' DI LABORATORIO
2025	170	201	000201	D.S.B. MELFI	VIA MEDAGLI A D'ORO FERRARA	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA' CLINICA
2025	170	201	000202	SEDE DEC.C.DSB BARILE	VIA NAZIONAL E 1	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA' DI LABORATORIO
2025	170	201	000203	SEDE DEC.C.DSB RIPACANDIDA	VIA A. MORO 1	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA' DI LABORATORIO
2025	170	201	000204	SEDE DEC. C.DSB RUVO DEL M.	VIA DELLA REPUBBLI CA 1	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA' DI LABORATORIO
2025	170	201	000206	SEDE DEC. C.DSB ATELLA	VIA GRAMSCI	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA' DI LABORATORIO
2025	170	201	000207	SEDE DEC.C.DSB RAPOLLA	VIA A. MORO	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA' DI LABORATORIO
2025	170	201	000208	SEDE DEC. C.DSB RAPONE	CORSO UMBERTO 1[	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA' CLINICA- ATTIVITA' DI LABORATORIO
2025	170	201	000301	SEDE DEC. C.DSB RIONERO IN V.	VIA Madre Miradio della Provviden za	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA' CLINICA
2025	170	201	000501	SEDE DEC. DSB GENZANO DI L.	VIA Giustino Fortunato, 12	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA' CLINICA - ATTIVITA' DI LABORATORIO
2025	170	201	000601	SEDE DEC. C.DSB PALAZZO S. G.	VILLA D'ERRICO	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA' CLINICA - ATTIVITA' DI LABORATORIO
2025	170	201	000701	SDE DEC.C.DSB PESCOPAGANO	C/O OSPEDALE	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA' CLINICA
2025	170	201	000801	SEDE DEC. C.DSB S. FELE	STRADA COMUNA LE PERGOLA	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA' CLINICA- ATTIVITA' DI LABORATORIO
2025	170	201	001101	SER.T. MELFI	VIA FOGGIA	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1	ASSISTENZA PER DIPENDENZE PATOLOGICHE
2025	170	201	001202	CENTRO DIALISI di VENOSA	VIA APPIA	1	AMBULATORIO E LABORATORIO	LUNGODEGENZ A E RIABILITAZIONE VENOSA	1	ATTIVITA' CLINICA

Ann o	Codic e Regio ne	Codic e Azien da	Codice struttu ra	Denominazi one struttura	Indirizz o	Codice Tipo Struttu ra	Tipo struttura	Denominazi one struttura di ricovero	Tipo rappor to con il S.S.N.	Descrizione tipo assistenza erogata
2025	170	201	001300	CENTRO DI SALUTE MENTALE VULTURE MELFESE	VIA Madre Miradio della Provvidenza	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1	ASSISTENZA PSICHIATRICA - ATTIVITA' CLINICA
2025	170	201	015003	OSPEDALE DISTRETTUALE DI VENOSA	VIA APPIA 68	1	AMBULATORIO E LABORATORIO	LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE VENOSA	1	ATTIVITA' CLINICA - laboratorio-diagnostica
2025	170	201	015008	NUCLEO ALZHEIMER RESIDENZIALE	Via Appia 68	4	STRUTTURA RESIDENZIALE	LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE VENOSA	1	ASSISTENZA AGLI ANZIANI
2025	170	201	015009	CENTRO DIURNO ALZHEIMER	Via Appia 68	3	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE VENOSA	1	ASSISTENZA AGLI ANZIANI
2025	170	201	015018	DH PSICHIATRICO TERRITORIALE VULTURE MELFESE	VIA FOGGIA 86	3	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1	ASSISTENZA PSICHIATRICA
2025	170	201	170022	CONSULTORIO FAMILIARE DI LAVELLO	Via Statale 93	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE
2025	170	201	170023	Consultorio Familiare di Rapone	Via Calata San Vito	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE
2025	170	201	170025	Consultorio Familiare di Venosa	Via Appia 68	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE VENOSA	1	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE
2025	170	201	170026	Consultorio Familiare di Melfi	Via medaglia d'oro Ferrara	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE
2025	170	201	170027	Consultorio Familiare di Rapolla sede decentrata	Via Melfi	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE
2025	170	201	170028	Consultorio Familiare di Pescopagano sede decentrata	Via San Pietro C/O Ospedale San Carlo	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE
2025	170	201	170031	Consultorio Familiare di Rionero in Vulture	Via Madre Miradio	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE
2025	170	201	170054	SERVIZI ASP OSPEDALE MELFI	Via Foggia snc	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA' CLINICA

Ann o	Codic e Regio ne	Codic e Azien da	Codice struttu ra	Denominazi one struttura	Indirizz o	Codice Tipo Struttu ra	Tipo struttura	Denominazi one struttura di ricovero	Tipo rappor to con il S.S.N.	Descrizione tipo assistenza erogata
2025	170	201	170074	COT VENOSA	VIA APPIA	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	LUNGODEGENZ A E RIABILITAZIONE VENOSA	1	ATTIVITÀ DI CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE
2025	170	201	004501	Consultorio Familiare di Muro Lucano	Via S. Biagio	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO- INFANTILE
2025	170	201	004701	Consultorio Familiare di Picerno	Via Piacenza n. 28	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO- INFANTILE
2025	170	201	005001	CF S.A. Le Fratte	Via G. Marconi	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO- INFANTILE
2025	170	201	012002	Amb. Terr. Villa D'Agri	Via Colombo	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA' CLINICA - ATTIVITA' DI LABORATORIO
2025	170	201	012101	Amb. Terr. Brienza	Via Aceronia	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA' CLINICA - ATTIVITA' DI LABORATORIO
2025	170	201	012201	Amb. Terr. Moliterno	Via Ortone	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA' CLINICA
2025	170	201	012301	Amb. Terr. Sant'Arcangelo	C.da s. Brancato	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA' CLINICA - ATTIVITA' DI LABORATORIO - DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI
2025	170	201	012401	Consultorio Familiare di Corleto Perticara	Via A. De Gasperi	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO- INFANTILE
2025	170	201	012501	Amb. Terr. Corleto P.	Via De Gasperi	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA' CLINICA - ATTIVITA' DI LABORATORIO
2025	170	201	012601	Consultorio Familiare di Marsico Nuovo	Via Roma	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO- INFANTILE
2025	170	201	012701	Consultorio Familiare di Sant'Arcangelo	Via L.da Vinci	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO- INFANTILE
2025	170	201	012801	Consultorio Familiare di Villa D'Agri	Via S. Pio da Pietrelcina C/O Ospedale	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO- INFANTILE
2025	170	201	014002	DSB I Livello - Muro Lucano	Via S. Biagio	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA' CLINICA- ATTIVITA' DI

Ann o	Codic e Regio ne	Codic e Azien da	Codice struttu ra	Denominazi one struttura	Indirizz o	Codice Tipo Struttu ra	Tipo struttura	Denominazi one struttura di ricovero	Tipo rappor to con il S.S.N.	Descrizione tipo assistenza erogata
										LABORATORIO- DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI
2025	170	201	014004	DSB - I Livello - Picerno	Via Piacenza	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA` CLINICA- ATTIVITA` DI LABORATORIO- DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI
2025	170	201	015013	CSM Villa D'agri	Via San Pio	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1	ASSISTENZA PSICHIATRICA - ATTIVITA` CLINICA
2025	170	201	015016	CENTRO DIALISI di Villa D'Agri	Via S. Pio	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA` CLINICA
2025	170	201	015017	CENTRO DIALISI DI MURO LUCANO	Via San Biagio	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA` CLINICA
2025	170	201	015019	SERD di VILLA D'AGRI	Via San Pio	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1	ASSISTENZA PER DIPENDENZE PATOLOGICHE
2025	170	201	170021	Consultorio Familiare Vietri di Potenza sede decentrata	Via Corso V. Emanuele	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1	ATTIVITA` DI CONSULTORIO MATERNO- INFANTILE
2025	170	201	170053	SERVIZI ASP OSPEDALE VILLA D'AGRI	Via San Pio da Pietrelcina snc	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA` CLINICA
2025	170	201	170058	HOSPICE 'IL MANDORLO' VIGGIANO	Via Alberto Salvi n.6	4	STRUTTURA RESIDENZIALE		1	ASSISTENZA ALLE PERSONE NELLA FASE TERMINALE DELLA VITA
2025	170	201	170075	COT MARSICOVETER E	VIA SAN PIO	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1	ATTIVITA` DI CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE
2025	170	201	000211	Poliambulatorio Madre Teresa di Calcutta	Via del Gallitelli	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA` CLINICA - ATTIVITA` DI LABORATORIO - DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI
2025	170	201	000311	Centro Residenziale Riabilitativo Avigliano	c.so Garibaldi 43 / E - F	4	STRUTTURA RESIDENZIALE		1	ASSISTENZA PSICHIATRICA
2025	170	201	000411	Centro Salute Mentale Potenza	Via della Fisica,18	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1	ASSISTENZA PSICHIATRICA- ATTIVITA` CLINICA

Ann o	Codic e Regio ne	Codic e Azien da	Codice struttu ra	Denominazi one struttura	Indirizz o	Codice Tipo Struttu ra	Tipo struttura	Denominazi one struttura di ricovero	Tipo rappor to con il S.S.N.	Descrizione tipo assistenza erogata
2025	170	201	004201	Consultorio Familiare di Avigliano	Via Guido Rossa	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE
2025	170	201	004301	Consultorio Familiare di Campomaggiore	Via serre	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE
2025	170	201	004401	Consultorio Familiare di Laurenzana	Via SS. 92	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE
2025	170	201	004601	Consultorio Familiare di Oppido Lucano	Via Pablo Neruda snc	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE
2025	170	201	004801	Consultorio Familiare di Potenza	Via della Fisica 18 A/B	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE
2025	170	201	010501	SERT POTENZA	Via Potito Petrone	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1	ASSISTENZA PER DIPENDENZE PATOLOGICHE
2025	170	201	014001	DSB I Livello - Oppido Lucano	Via P. Neruda	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA' CLINICA - ATTIVITA' DI LABORATORIO - DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI
2025	170	201	014003	DSB Avigliano	Via Guido Rosa	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA' CLINICA - DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI
2025	170	201	014003	DSB Avigliano	Via Guido Rosa	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	
2025	170	201	170052	SEDE DEC.C. DSB FILIANO	C.so GIOVANNI XXIII	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA' DI LABORATORIO
2025	170	201	170055	SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	via Ciccotti	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA' CLINICA
2025	170	201	170056	DIP.PREVENZIONE - NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	Via della Fisica,18/A	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA' CLINICA
2025	170	201	170060	STRUTTURE PSICHIATRICHE ATTIVITA' RESID.LE E SEMIRESID.LE	Via della Fisica n.18	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1	ASSISTENZA PSICHIATRICA

Ann o	Codic e Regio ne	Codic e Azien da	Codice struttu ra	Denominazi one struttura	Indirizz o	Codice Tipo Struttu ra	Tipo struttura	Denominazi one struttura di ricovero	Tipo rappor to con il S.S.N.	Descrizione tipo assistenza erogata
2025	170	201	170077	COT POTENZA	VIA DELLA FISICA 18/A	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1	ATTIVITÀ DI CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE
2025	170	201	000212	CONSULTORIO FAMILIARE DI LAURIA	VIA XXV APRILE	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	LUNGODEGENZ A RIABILITATIVA LAURIA	1	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO- INFANTILE
2025	170	201	000213	AMB. E LAB. PLESSO DI LAURIA	VIA XXV APRILE	1	AMBULATORIO E LABORATORIO	LUNGODEGENZ A RIABILITATIVA LAURIA	1	ATTIVITA' CLINICA - ATTIVITA' DI LABORATORIO- DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI
2025	170	201	000214	CENTRO DI SALUTE MENTALE LAURIA	VIA XXV APRILE	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	LUNGODEGENZ A RIABILITATIVA LAURIA	1	ASSISTENZA PSICHIATRICA - ATTIVITA' CLINICA
2025	170	201	000312	CONSULTORIO FAMILIARE DI MARATEA	VIA SAN NICOLA	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO- INFANTILE
2025	170	201	000321	POLIAMBULAT ORIO DI MARATEA	VIA SAN NICOLA	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA' CLINICA
2025	170	201	000602	CONSULTORIO FAMILIARE DI LAGONEGRO	VIA G. FORTUNA TO	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO- INFANTILE
2025	170	201	000621	POLIAMBULAT ORIO DI LAGONEGRO	VIA G. FORTUNA TO	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA' CLINICA
2025	170	201	000702	CONSULTORIO FAMILIARE DI LATRONICO	VIA ZANARDE LLI	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO- INFANTILE
2025	170	201	000721	POLIAMBULAT ORIO DI LATRONICO	VIA ZANARDE LLI	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA' CLINICA
2025	170	201	000802	CONSULTORIO FAMILIARE DI ROTONDA	VIA PETRO NENNI	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO- INFANTILE
2025	170	201	000821	POLIAMBULAT ORIO DI ROTONDA	VIA P. NENNI	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA' CLINICA
2025	170	201	001311	CENTRO DISTURBI DEL COMPORTAME NTO ALIMENTARE - ATTIVITA' RESIDENZIALE	C.DA SANTA LUCIA	4	STRUTTURA RESIDENZIALE	LUNGODEGENZ A RIABILITATIVA CHIAROMONTE	1	ASSISTENZA PSICHIATRICA

Ann o	Codic e Regio ne	Codic e Azien da	Codice struttu ra	Denominazi one struttura	Indirizz o	Codice Tipo Struttu ra	Tipo struttura	Denominazi one struttura di ricovero	Tipo rappor to con il S.S.N.	Descrizione tipo assistenza erogata
2025	170	201	001313	CENTRO DISTRUBI DEL COMPORTAME NTO ALIMENTARE - ATTIVITA' AMBULATORIAL E	C.DA SANTA LUCIA	1	AMBULATORIO E LABORATORIO	LUNGODEGENZ A RIABILITATIVA CHIAROMONTE	1	ATTIVITA' CLINICA
2025	170	201	001411	RSA MARATEA modulo R3	Via San Nicola	4	STRUTTURA RESIDENZIALE		1	ASSISTENZA AGLI ANZIANI
2025	170	201	001411	RSA MARATEA modulo R3	Via San Nicola	4	STRUTTURA RESIDENZIALE		1	ASSISTENZA AI DISABILI FISICI
2025	170	201	001411	RSA MARATEA modulo R3	Via San Nicola	4	STRUTTURA RESIDENZIALE		1	ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI
2025	170	201	001412	RSA Maratea mod R2	via san nicola	4	STRUTTURA RESIDENZIALE		1	ASSISTENZA AGLI ANZIANI
2025	170	201	001703	CENTRO PER LE PATOLOGIE TIROIDEE	C.DA SANTA LUCIA	1	AMBULATORIO E LABORATORIO	LUNGODEGENZ A RIABILITATIVA CHIAROMONTE	1	ATTIVITA' CLINICA
2025	170	201	001711	AMB.E LAB. OSP. DI CHIAROMONTE	Contrada SANTA LUCIA	1	AMBULATORIO E LABORATORIO	LUNGODEGENZ A RIABILITATIVA CHIAROMONTE	1	ATTIVITA' CLINICA - ATTIVITA' DI LABORATORIO- DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI
2025	170	201	001801	POLIAMBULAT ORIO DI SENISE	P.ZZA TOGLIATTI	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA' CLINICA
2025	170	201	001802	CONSULTORIO FAMILIARE DI SENISE	VIA G. AMENDOL A	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO- INFANTILE
2025	170	201	001902	AMBULATORIO DI FRANCAVILLA S.S	VIA A. DE GASPERI 4 BIS	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA' CLINICA
2025	170	201	002601	POLIAMB. DI SAN COSTANTINO ALB	VIA ROMA	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		1	ATTIVITA' CLINICA
2025	170	201	002801	RSA CHIAROMONTE modulo R3	Contrada Santa Lucia	4	STRUTTURA RESIDENZIALE	LUNGODEGENZ A RIABILITATIVA CHIAROMONTE	1	ASSISTENZA AGLI ANZIANI
2025	170	201	002801	RSA CHIAROMONTE modulo R3	Contrada Santa Lucia	4	STRUTTURA RESIDENZIALE	LUNGODEGENZ A RIABILITATIVA CHIAROMONTE	1	ASSISTENZA AI DISABILI FISICI
2025	170	201	002801	RSA CHIAROMONTE modulo R3	Contrada Santa Lucia	4	STRUTTURA RESIDENZIALE	LUNGODEGENZ A RIABILITATIVA CHIAROMONTE	1	ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI
2025	170	201	002802	CENTRO RIABILITAZIONE ALCOOLOGICA	CONTRAD A SANTA LUCIA	4	STRUTTURA RESIDENZIALE	LUNGODEGENZ A RIABILITATIVA CHIAROMONTE	1	ASSISTENZA PER DIPENDENZE PATOLOGICHE

Ann o	Codic e Regio ne	Codic e Azien da	Codice struttu ra	Denominazi one struttura	Indirizz o	Codice Tipo Struttu ra	Tipo struttura	Denominazi one struttura di ricovero	Tipo rappor to con il S.S.N.	Descrizione tipo assistenza erogata
2025	170	201	015010	Centro diurno psichiatrico per pazienti con misura di sicurezza	VIA XXV APRILE	3	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	LUNGODEGENZA RIABILITATIVA LAURIA	1	ASSISTENZA PSICHIATRICA
2025	170	201	015011	DAY HOSPITAL TERRITORIALE LAURIA	VIA XXV APRILE	3	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	LUNGODEGENZA RIABILITATIVA LAURIA	1	ASSISTENZA PSICHIATRICA
2025	170	201	015012	SERD DI LAGONEGRO	Via G. Fortunato, 1	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1	ASSISTENZA PER DIPENDENZE PATOLOGICHE
2025	170	201	170020	HOSPICE LAURIA	VIA XXV APRILE	4	STRUTTURA RESIDENZIALE	LUNGODEGENZA RIABILITATIVA LAURIA	1	ASSISTENZA ALLE PERSONE NELLA FASE TERMINALE DELLA VITA
2025	170	201	170059	HOSPICE PEDIATRICO Lauria 'Il Sentiero delle fiabe'	Via XXV Aprile	4	STRUTTURA RESIDENZIALE		1	ASSISTENZA ALLE PERSONE NELLA FASE TERMINALE DELLA VITA
2025	170	201	170072	STELLA MARIS MEDITERRANEO-CENTRO EARLY START	Rione Santa Lucia	4	STRUTTURA RESIDENZIALE	LUNGODEGENZA RIABILITATIVA CHIAROMONTE	1	ASSISTENZA DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E DELL'ADOLESCENZA
2025	170	201	170073	UOSD PSICHIATRIA CHIAROMONTE -Amb. Autismo Adulti	Via Contrada S. Lucia	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	LUNGODEGENZA RIABILITATIVA CHIAROMONTE	1	ASSISTENZA PSICHIATRICA - ATTIVITA' CLINICA
2025	170	201	170076	COT LAGONEGRO	VIA GIUSTINO FORTUNATO	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		1	ATTIVITA' DI CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

Fonte dati: elaborazione da modello ministeriale STS11-ANNO 2025

Strutture non direttamente gestite

An no	Codi ce Regi one	Codi ce Azien da	Codice e Distr etto	Codice e struttu ra	Denomina zione struttura	Indirizzo	Codice e Tipo Struttu ra	Tipo struttura	Denominazione struttura di ricovero	Tipo rappor to con il S.S.N. .	Struttu ra interna /non interna	Descrizi one tipo assisten za erogata
2025	170	201	A03	001302	CASA ALLOGGIO MASCHITO	VIA UGO FOSCOLO	4	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	ASSISTENZA PSICHIATRICA

Anno	Codice Regione	Codice Azienda	Codice Distretto	Codice struttura	Denominazione struttura	Indirizzo	Codice Tipo Struttura	Tipo struttura	Denominazione struttura di ricovero	Tipo rapporto con il S.S.N.	Struttura interna / non interna	Descrizione tipo assistenza erogata
2025	170	201	A03	001304	CASA ALLOGGIO GENZANO 2	VIA XXIV MAGGIO	4	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	ASSISTENZA PSICHIATRICA
2025	170	201	A03	001401	CENTRO MEDICO SANATRIX	VIA GALLIANO	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		2	2	ATTIVITA' CLINICA
2025	170	201	A03	001701	CERBA HEALTHCARE BASILICATA srl	VIA ALDO MORO 2/6	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		2	2	ATTIVITA' DI LABORATORIO
2025	170	201	A03	001702	Centro diagnostico San Marco srl	VIA Madre Miradio della Provvidenza	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		2	2	DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI
2025	170	201	A03	003501	CENTRO DI FKT 'FISIOELLE'	VIA DELLA LIBERTA' 10	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		2	2	ATTIVITA' CLINICA
2025	170	201	A03	003601	CENTRO DI FKT FISIOMED	VIA COLONIA 1	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		2	2	ATTIVITA' CLINICA
2025	170	201	A03	003701	EUROMEDICAL	VIA XX SETTEMBRE, 52	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		2	2	ATTIVITA' CLINICA
2025	170	201	A03	003801	POLIMEDICA	VIA BUONAROTI	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		2	2	ATTIVITA' CLINICA - DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI
2025	170	201	A03	003804	TERME DI RAPOLLA	VIA MELFI	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		2	2	ASSISTENZA IDROTERMALE
2025	170	201	A03	014007	Casa Alloggio Psichiatrica di Ripacandida	Via Aldo Moro snc	4	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	ASSISTENZA PSICHIATRICA

Anno	Codice Regione	Codice Azienda	Codice Distretto	Codice struttura	Denominazione struttura	Indirizzo	Codice Tipo Struttura	Tipo struttura	Denominazione struttura di ricovero	Tipo rapporto con il S.S.N.	Struttura interna /non interna	Descrizione tipo assistenza erogata
2025	170	201	A03	170057	LABOTEK ANALITICAL S S.r.l.	Via Maestri Artigiani n.3/5	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		2	2	ATTIVITA' DI LABORATORIO
2025	170	201	A04	000511	Casa Alloggio 'Demetra'	Via Arenaria, 67	4	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	ASSISTENZA PSICHIATRICA
2025	170	201	A04	000906	Casa alloggio Tramutola	C.da Carolo	4	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	ASSISTENZA PSICHIATRICA
2025	170	201	A04	007701	Centro Clinico VILLA BEATRICE	Via Appia 7	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		2	2	ATTIVITA' DI LABORATORIO - DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI
2025	170	201	A04	008201	Fisiokinesiterapia MELANDRO	c.da macchia	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		2	2	ATTIVITA' CLINICA
2025	170	201	A04	013101	Amb. Fkt TAVOLARO	C.da Mattinelle	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		2	2	ATTIVITA' CLINICA
2025	170	201	A04	013201	Lab. Analisi Cliniche VIGNOLA	Viale Regina Margherita	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		2	2	ATTIVITA' DI LABORATORIO
2025	170	201	A04	013301	Lab. Analisi Cliniche Lagrotta	Viale Europa,9	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		2	2	ATTIVITA' DI LABORATORIO
2025	170	201	A04	013401	Lab. Analisi Polisan	Via Roma, 103	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		2	2	ATTIVITA' DI LABORATORIO
2025	170	201	A04	170071	ANGELUS FKT s.r.l.	Via Alcide De Gasperi, 10	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		2	2	ATTIVITA' CLINICA
2025	170	201	A05	000111	Centro Diurno 'Mongolfiera'	I° Traversa Via del Gallitello snc	3	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		2	2	ASSISTENZA PSICHIATRICA

Anno	Codice Regione	Codice Azienda	Codice Distretto	Codice struttura	Denominazione struttura	Indirizzo	Codice Tipo Struttura	Tipo struttura	Denominazione struttura di ricovero	Tipo rapporto con il S.S.N.	Struttura interna /non interna	Descrizione tipo assistenza erogata
2025	170	201	A05	000611	Casa Alloggio 'Benessere'	l° traversa del Gallitello snc	4	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	ASSISTENZA PSICHIATRICA
2025	170	201	A05	000711	Casa Alloggio 'Prometeo'	c.da costa della gaveta n° 23 D	4	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	ASSISTENZA PSICHIATRICA
2025	170	201	A05	005601	Lab. SANITAS	Via delle Medaglie Olimpiche	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		2	2	ATTIVITA' DI LABORATORIO - DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI
2025	170	201	A05	006002	Centro FKT GENOVESE	Via E. Ciccotti, 36	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		2	2	ATTIVITA' DI LABORATORIO
2025	170	201	A05	006401	SM2	via pierre de Coubertin	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		2	2	ATTIVITA' CLINICA
2025	170	201	A05	006501	Centro Radiologico MANCINO	Via Vespucci, 24	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		2	2	DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI
2025	170	201	A05	007601	Lab. COVIELLO	Piazza Gianturco ,36	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		2	2	ATTIVITA' DI LABORATORIO
2025	170	201	A05	007901	Centro FKT ATHENA	Via Nazionale , 18	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		2	2	ATTIVITA' CLINICA
2025	170	201	A05	010601	ITD di Serra Maria	Via S. Remo, 39/b	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		2	2	ATTIVITA' CLINICA
2025	170	201	A05	014006	Centro di Medicina dello sport	Via Londra 89	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		2	2	ATTIVITA' CLINICA

Anno	Codice Regione	Codice Azienda	Codice Distretto	Codice struttura	Denominazione struttura	Indirizzo	Codice Tipo Struttura	Tipo struttura	Denominazione struttura di ricovero	Tipo rapporto con il S.S.N.	Struttura interna /non interna	Descrizione tipo assistenza erogata
2025	170	201	A05	015005	CASA FAMIGLIA OPHELIA 2	C/DA RIO FREDDO s.n.c.	4	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	ASSISTENZA PSICHIATRICA
2025	170	201	A05	015006	GRUPPO APPARTAMENTO AVIGLIANO	VIA DELLE GINESTRE N.6	4	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	ASSISTENZA PSICHIATRICA
2025	170	201	A05	015007	Casa Alloggio IL Sollievo Potenza	Località Rio Freddo snc	4	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	ASSISTENZA PSICHIATRICA
2025	170	201	A05	015014	EMOSYS SRL	Vico Scalera 6/10	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		2	2	ATTIVITA' CLINICA- ATTIVITA' DI LABORATORIO
2025	170	201	A05	015015	NUOVO C.F.K.T. SRL UNIPERSONALE	VIA PONTE NOVE LUCI 6	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		2	2	ATTIVITA' CLINICA
2025	170	201	A05	015020	UNIVERSO SALUTE SRL POTENZA-NUCLEO ALZHEIMER	Largo Don Uva ,2	4	STRUTTURA RESIDENZIALE	UNIVERSO SALUTE BASILICATA SRL	2	1	ASSISTENZA AGLI ANZIANI
2025	170	201	A05	015021	UNIVERSO SALUTE SRL POTENZA-RSA ANZIANI DISABILI	Largo Don Uva ,2	4	STRUTTURA RESIDENZIALE	UNIVERSO SALUTE BASILICATA SRL	2	1	ASSISTENZA AGLI ANZIANI
2025	170	201	A05	015022	UNIVERSO SALUTE SRL POTENZA-RSA ANZIANI E DISABILI	Largo Don Uva ,2	4	STRUTTURA RESIDENZIALE	UNIVERSO SALUTE BASILICATA SRL	2	1	ASSISTENZA AGLI ANZIANI
2025	170	201	A05	015023	UNIVERSO SALUTE SRL POTENZA-RSA DEMENZA ADULTO	Largo Don Uva ,2	4	STRUTTURA RESIDENZIALE	UNIVERSO SALUTE BASILICATA SRL	2	1	ASSISTENZA AGLI ANZIANI
2025	170	201	A05	015024	UNIVERSO SALUTE SRL POTENZA-RSA ANZ.DISAB. (DGR217/01)	Largo Don Uva ,2	4	STRUTTURA RESIDENZIALE	UNIVERSO SALUTE BASILICATA SRL	2	1	ASSISTENZA AGLI ANZIANI

Anno	Codice Regione	Codice Azienda	Codice Distretto	Codice struttura	Denominazione struttura	Indirizzo	Codice Tipo Struttura	Tipo struttura	Denominazione struttura di ricovero	Tipo rapporto con il S.S.N.	Struttura interna /non interna	Descrizione tipo assistenza erogata
2025	170	201	A06	000421	LAB. ANAL. 'CAL'	VIA GARIBOLDI, 134	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		2	2	ATTIVITA' DI LABORATORIO
2025	170	201	A06	000911	TERME LA CALDA	LOCALITA' CALDA	2	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		2	2	ASSISTENZA IDROTERMALE
2025	170	201	A06	001001	POLIAMBULATORIO MED. POLISALUS	AGROMONTE VIA PROVINC. N.40	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		2	2	ATTIVITA' CLINICA
2025	170	201	A06	001111	CENTRO DI FISIOTERAPIA PEGASO	VIA PROVINC. DELLA MELARA N.77	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		2	2	ATTIVITA' CLINICA
2025	170	201	A06	001211	LABORATORIO ANALISI 'LIFE'	VIA FILOTO - 20	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		2	2	ATTIVITA' DI LABORATORIO
2025	170	201	A06	002001	LABORATORIO ANALISI 'CEDAL'	VIA GIANTURCO - 60	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		2	2	ATTIVITA' DI LABORATORIO
2025	170	201	A06	002401	CASA ALLOGGIO 'VALLINA'	C.DA VALLINA	4	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	ASSISTENZA PSICHIATRICA
2025	170	201	A06	002701	CASA ALLOGGIO 'IL TORRENTE'	C.DA COGLIANDRINO	4	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	ASSISTENZA PSICHIATRICA
2025	170	201	A06	002901	Lab.Analisi Biomedical Center	Via Kennedy 39	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		2	2	ATTIVITA' DI LABORATORIO
2025	170	201	A06	003201	Casa Alloggio Palazzo Schettini - 'I Giardini di Erica'	Via P. Schettini 22	4	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	ASSISTENZA PSICHIATRICA
2025	170	201	A06	015001	GRUPPO APPARTAMENTO - IL GLICINE -	Via Nazionale snc	4	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	ASSISTENZA PSICHIATRICA
2025	170	201	A06	015002	GRUPPO APPARTAMENTO - INSIEME -	Via Umberto I° snc	4	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	ASSISTENZA PSICHIATRICA

Anno	Codice Regione	Codice Azienda	Codice Distretto	Codice struttura	Denominazione struttura	Indirizzo	Codice Tipo Struttura	Tipo struttura	Denominazione struttura di ricovero	Tipo rapporto con il S.S.N.	Struttura interna / non interna	Descrizione tipo assistenza erogata
2025	170	201	A06	170061	SANITA' PLUS SRL - RSA R2	Località Pietraferrata	4	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	ASSISTENZA AGLI ANZIANI
2025	170	201	A06	170062	SANITA' PLUS SRL - RSA R2 DEMENZA	Località Pietraferrata	4	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	ASSISTENZA AGLI ANZIANI
2025	170	201	A06	170063	SANITA' PLUS SRL - RSA R3	Località Pietraferrata	4	STRUTTURA RESIDENZIALE		2	2	ASSISTENZA AGLI ANZIANI
2025	170	201		002501	CENTRO DI ORTOP. FISIOSINNI	VIA PASTORE - 1	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		2	2	ATTIVITA' CLINICA
2025	170	201	000000	IN3503	INAIL MELFI	VIA FOGGIA 160	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		3	2	ATTIVITA' CLINICA
2025	170	201	000000	IN3504	INAIL LAGONEGRÒ	VIA NAPOLI 55	1	AMBULATORIO E LABORATORIO		3	2	ATTIVITA' CLINICA

Fonte dati: elaborazione da modello ministeriale STS11-ANNO 2025

Specialistica ambulatoriale, prospetto di sintesi

Prestazioni di Specialistica ambulatoriale per branca - gennaio -dicembre 2025- 2024						
(Elaborazione da statistico CUP) al 08.01.2026						
Branca	gennaio -dicembre 2024		gennaio -dicembre 2025		differenza prestazioni gennaio -dicembre 2025_vs_2024	differenza valori gennaio -dicembre 2025_vs_2024
	Q.tà Prestazioni	Importo Prestazioni	Q.tà Prestazioni	Importo Prestazioni		
Clinica	273.334	9.020.876,06	264.326	10.031.391,53	-9.008	1.010.515,47
Laboratorio	1.048.225	4.010.422,51	1.115.175	3.507.454,99	66.950	-502.967,52
Radiologia Diagnostica	38.768	1.624.548,93	47.964	2.249.343,67	9.196	624.794,74
TOTALE COMPLESSIVO	1.360.327	14.655.848	1.427.465	15.788.190	67.138	1.132.343

1.5.3 Assistenza Ospedaliera

INDICATORI DI ATTIVITA' ANNO 2025										
STRUTTURA	anno 2025					anno 2024				
	NUMERO P.L	NUMERO RICOVERI	NUMERO GIORNI DI DEGENZA	NUMERO GG DEGENZA MEDIA = numero gg di degenza / numero ricoveri	RICAVI	NUMERO P.L	NUMERO RICOVERI	NUMERO GIORNI DI DEGENZA	NUMERO GG DEGENZA MEDIA = numero gg di degenza / numero ricoveri	RICAVI
HOSPICE LAURIA	6	39	912	23,38	196.500,00	6	34	606	17,82	N.D.
POD VENOSA:										
Medicina Fisica e Riabilitazione	10	83	2.525	30,42	538.108,87	10	87	2.530	29,08	621.521,00
Medicina internale-lungodegenza-Venosa	10	60	2.366	39,43	294.294,00	10	73	2.454	33,62	371.571,00
TOTALE INDICATORI POD VENOSA	20	143	4.891	34,2	832.402,87	20	160	4.984	31,15	993.092,00
POD LAURIA:										
Area Medica Lungodegenza Lauria	16	168	5.701	33,93	724.600,00	16	168	4.369	26,01	672.826,00
Riabilitazione Lauria	4	28	939	33,54	210.920,78	4	23	1.129	49,09	274.172,58
Riabilitazione Lauria DH	4	8	122		4.345,22	4	191	5.498	28,79	34.246,49
TOTALE INDICATORI POD LAURIA	24	204	6.762	33,88	939.866,00	24	191	5.498	34,63	981.245,07
POD CHIAROMONTE:										

INDICATORI DI ATTIVITA' ANNO 2025										
STRUTTURA	anno 2025					anno 2024				
	NUMERO P.L	NUMERO RICOVERI	NUMERO GIORNI DI DEGENZA	NUMERO GG DEGENZA MEDIA = numero gg di degenza / numero ricoveri	RICAVI	NUMERO P.L	NUMERO RICOVERI	NUMERO GIORNI DI DEGENZA	NUMERO GG DEGENZA MEDIA = numero gg di degenza / numero ricoveri	RICAVI
Lungodegenza Riabilitativa	16	165	4.653	28,20	597.366,00	16	178	5251	29,5	808.654,00
TOTALE INDICATORI POD CHIAROMONTE	16	165	4.653	28,20	597.366,00	16	178	5251	29,5	808.654,00
DON GNOCCHI-ACERENZA:										
lungodegenza	16	70	1.863	26,61	270.824,46	16	109	2893	26,54	442.134,00
Riabilitazione	43	580	17.852	30,78	3.898.589,05	43	563	17.985	31,94	4.650.753,05
Riabilitazione DH	5	11	218		44.758,14	5	10	230	0	46.377,26
TOTALE INDICATORI DON GNOCCHI	64	661	19.933	30,33	4.214.171,65	64	682	21.108	31,2	5.139.264,31

Elaborazione da AIRO indicatori di attività 2025 al 08.01.2026 (per l'anno 2025 i dati non sono da considerarsi consolidati)

Hospice Lauria RICAVI 2024 non disponibili su AIRO

I Presidi in convenzione la Casa di Cura Universo Salute S.r.l. di Potenza che svolge attività di riabilitazione (cod. 56) con 24 posti letto e di lungodegenza (cod. 60) con 16 posti letto.

Codice Ministeriale		POSTI LETTO GENNAIO-DICEMBRE ANNO 2025	RICOVERI	RICAVI	POSTI LETTO GENNAIO-DICEMBRE ANNO 2024	RICOVERI	RICAVI
	POST-ACUZIE	ORDINARI			ORDINARI		
Universo Salute S.r.l. di Potenza							
56	Riabilitazione	24	218	1.879.419,98	24	243	2.060.837,28
60	Lungodegenza	16	137	733.224,80	16	160	801.446,86
Totale		40	355	2.612.644,78	40	403	2.862.284,14

1.5.4 Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio dell'azienda ASP. Inoltre, assicura la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale e delle dipendenze, attraverso la gestione unitaria dei diversi aspetti della salute psichica, al fine di garantire l'unitarietà dei percorsi di cura e riabilitazione nonché la prevenzione e sensibilizzazione volte a ridurre il pregiudizio e lo stigma nell'ambito della salute mentale.

Le attività sono svolte a livello territoriale dai Centri di Salute Mentale (CSM), dall'Unità di Neuropsichiatria Infantile, dal Servizio per le Dipendenze (SerD), dal Centro per il Trattamento dei Disturbi Psichiatrici Correlati ad Alcol e Gioco d'Azzardo (Centro ALCOL/GAP), dalla struttura Disturbi alimentari; mentre a livello ospedaliero dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC).

Infine, sono presenti anche i servizi Strutture Psichiatriche per attività Residenziali e Semiresidenziali
Nel dettaglio:

I Centri di Salute Mentale (CSM) sono il centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico. Coordinano nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano patologie psichiatriche;

Il Servizio Dipendenze (SerD) è deputato all'attivazione di programmi terapeutico-riabilitativi personalizzati, alle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle dipendenze patologiche. Opera preferibilmente con strategie multidisciplinari integrate e programmi personalizzati di ordine medico-infermieristico e psico-socio-riabilitativo in contesti ambulatoriali, domiciliari, territoriali e residenziali;

La SC Disturbi alimentari svolge attività di valutazione, diagnosi, trattamento, riabilitazione psiconutrizionale e prevenzione, con interventi sul paziente e sulla famiglia;

Le unità di Neuropsichiatria Infantile assicurano i livelli essenziali di assistenza (LEA) attraverso attività di diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi neurologici, psichiatrici, psicologici e neuropsicologici dell'età evolutiva;

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) assicura i livelli essenziali di assistenza (LEA) rispetto agli interventi di ricovero in urgenza, sia in regime volontario che di trattamento sanitario obbligatorio. Si occupa della gestione delle situazioni acute inerenti i pazienti con condizioni di complessità;

Il Centro Diurno per Pazienti Psichiatrici con Misure di Sicurezza non detentive o alternative alla detenzione (CDPMS), la cui ricettività è di n. 10 posti letto è la Struttura ove, per disposizione dell'Autorità Giudiziaria, vengono ricoverati i pazienti affetti da patologie psichiatriche autori di reato.

1.5.5 Prevenzione

Il Dipartimento si articola in due dipartimenti funzionali: il Dipartimento Funzionale Prevenzione Umana e il Dipartimento Funzionale Prevenzione Animale e Igiene degli alimenti.

Nell'ambito della prevenzione umana fornisce assistenza di Vaccinoprofilassi, di monitoraggio epidemiologico, prevenzione e profilassi delle malattie infettive, tutela della salute della popolazione, tutela della salute e dell'ambiente e dei luoghi di lavoro e negli stabilimenti e negli alimenti di origine animale e non.

SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Valore pubblico

Per Valore Pubblico si intende il livello complessivo di benessere economico, sociale, ambientale e/o sanitario dei cittadini, delle imprese e degli altri stakeholders, creato da un'amministrazione pubblica rispetto ad una baseline o livello di partenza.

In tale prospettiva per l'Azienda ASP creare valore pubblico significa garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e gli eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione, attraverso l'offerta di servizi sanitari e socio sanitari finalizzati alla tutela e alla promozione della salute fisica e mentale delle persone.

L'azione dell'Azienda Sanitaria di Potenza mira al miglioramento dello stato di salute della popolazione, alla qualità clinica e sanitaria dei servizi erogati, all'appropriatezza e continuità di cura,

ai percorsi assistenziali, alla capacità di mantenere condizioni di equilibrio economico-finanziario nella gestione del sistema azienda.

Si impegna a perseguire questi obiettivi, ispirandosi ai principi di uguaglianza, imparzialità, partecipazione, continuità, efficienza ed efficacia e di economicità.

La creazione del Valore Pubblico, in Azienda, avviene attraverso la programmazione di obiettivi strategici volti a garantire una risposta appropriata a tutti i bisogni di salute della popolazione alla quale devono essere assicurate misure per la totale “presa in carico” anche attraverso l’implementazione di tecnologie digitali.

Gli obiettivi che l’Azienda perseguirà nel corrente anno saranno indirizzati alla creazione di valore pubblico che possono generare nei confronti del paziente /cittadino, ossia alla capacità di intervenire in modo efficace ed efficiente sullo stato di rischio della popolazione e, attraverso tutte le sinergie e alleanze individuate come adeguate, agire sulle determinanti della salute affinché gli indicatori di rischio siano monitorati ed i fattori di rischio siano contenuti.

La realizzazione e formalizzazione degli stessi costituirà la principale misura di crescita nella capacità di intercettare ed interpretare il bisogno sanitario espresso dagli utenti, in termini non solo di risposta ma anche di tutela e prevenzione.

La centralità del cittadino/paziente

Prendersi cura dei pazienti, rispondendo in modo adeguato ai loro bisogni di salute, ponendo attenzione alla centralità della persona e perseguendo l’umanizzazione nei rapporti interpersonali tra operatori sanitari ed utenti-pazienti, con nuovi modelli organizzativi in grado di trasferire la propria azione dall’idea di curare la malattia all’idea di farsi carico del malato;

Equità

Intesa come pari e tempestiva opportunità di accesso alle prestazioni e ai servizi su tutto il territorio, a parità di bisogno di salute. Il contrasto alle disuguaglianze di salute emergono, infatti, sempre più come elementi imprescindibili di un servizio sanitario di respiro universalistico che abbia in sé le caratteristiche di efficacia, efficienza ed equità

Legalità

Assicurare che tutti gli atti e i comportamenti posti in essere dall’azienda siano rispondenti alle disposizioni normative vigenti. Vigilerà sul rispetto dei vincoli di buona prassi di gestione dei servizi sanitari e di qualità delle prestazioni in quanto elementi necessari al conseguimento degli obiettivi.

Trasparenza

Garantire ai portatori di interesse relazioni trasparenti volte al raffronto produttivo e collaborativo con le istituzioni locali, le organizzazioni sindacali e le associazioni di volontariato esponenziali di interessi diffusi; la trasparenza è garantita mediante l’accessibilità totale alle informazioni concernenti l’organizzazione e l’attività allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sull’utilizzo delle risorse pubbliche e sul perseguimento dei fini istituzionali.

Crescita professionale, sviluppo e innovazione

Garantire la crescita professionale a tutti coloro che mettono la loro professionalità a servizio dell'Azienda con idonei percorsi formativi in relazione alle capacità di ognuno. La valorizzazione della professionalità degli operatori è determinante ai fini della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni.

INNOVAZIONE E DIGITALIZZAZIONE, SEMPLIFICAZIONE E REINGEGNERIZZAZIONE

L'attuale programmazione Regionale ed Aziendale degli interventi di innovazione e digitalizzazione ha lo scopo, ricorrendo alle risorse del PNRR, di consolidare ed innalzare il livello medio di digitalizzazione dei vari processi diagnostici, clinici, assistenziali ed amministrativi dell'azienda.

Le misure incluse nella componente M6C2 – (innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale) del PNRR sono volte al rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, al completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), alla migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi.

Attraverso tali risorse la Regione Basilicata e le Aziende Sanitarie intendono procedere alla realizzazione di progetti strategici quali:

- a. Favorire la collaborazione/cooperazione delle aziende anche in considerazione della contenuta dimensione regionale nell'ottica di migliorare i servizi offerti ai pazienti e facilitare l'attività degli operatori sanitari;
- b. Ottenere economie di scala;
- c. Omogenizzare e rendere uniforme l'erogazione dei servizi digitali su tutte le Aziende Sanitarie e di conseguenza per tutti i cittadini;

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) nella Missione relativa alla Salute delinea il potenziamento e la riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali ed extra ospedalieri, sia attraverso il rafforzamento delle reti di prossimità, delle strutture intermedie e della telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, sia attraverso interventi finalizzati a incrementare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento ed alla creazione di strutture e presidi territoriali come le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità e le Centrali Operative Territoriali.

Il processo di informatizzazione dell'ASP è in continua evoluzione e rappresenta uno strumento importante sia nella fase di gestione che nella fase di programmazione dell'attività dell'Azienda.

Lo sviluppo dei sistemi informativi che sottendono a detto processo è partito informatizzando i principali settori per estendersi via via a tutta l'Azienda in risposta sia ad esigenze degli operatori che a disposti normativi coinvolgendo attività amministrative e sanitarie.

Particolare rilievo sta assumendo l'attività rivolta al colloquio con l'utenza a cui il legislatore sta dando sempre più importanza sia all'accesso alle informazioni tramite il sito, sia ai servizi aziendali fruibili digitalmente.

L'indirizzo del portale aziendale internet è: www.aspbasilicata.it

Lo scopo del sito è quello di fornire piena visibilità e accessibilità ai servizi e alle attività offerte ai diversi target di utenza, garantendo trasparenza delle informazioni ed assicurando ai dati diffusi chiarezza, sicurezza, completezza e aggiornamento continuo, pur nel rispetto del diritto alla riservatezza dei dati personali e di quelli sensibili.

OBIETTIVI DI ACCESSIBILITA'

OBIETTIVO	BREVE DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO	INTERVENTO DA REALIZZARE
Sito Istituzionale	Verifiche sul rispetto dei criteri di accessibilità del sito	Verifiche con strumenti automatici di analisi sull'accessibilità dei siti web delle pagine che compongono il nuovo sito aziendale.
	Miglioramento dell'accessibilità del sito	Introduzione di strumenti automatici che attraverso sistemi di intelligenza artificiale adeguino l'aspetto e la fruibilità del sito in funzione della disabilità dell'utente
Formazione Informatica – aspetti tecnici	Realizzare corsi di formazione e sensibilizzazione del personale alla produzione di documenti in formato accessibile	Si intende continuare la formazione del personale aziendale impegnato nella redazione e pubblicazione di documenti accessibili
Postazioni di lavoro informatiche	Migliorare la dotazione delle postazioni di lavoro informatiche aziendali di software open source	Si intende continuare nell'effettuare installazioni e/o aggiornamenti di software Libre Office
Open Data	Miglioramento della disponibilità di dati pubblicati	Si intende aumentare la disponibilità di dati pubblicati sul sito, ricercando sistemi di pubblicazione automatizzata delle Basi Dati Aziendali

La tabella sopra riportata è stata approvata con DDG n. 2025/00293 del 28/03/2025 unitamente al regolamento sulla Facoltà di Accesso Telematico e Riutilizzo dei dati dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza. I contenuti del regolamento disciplinano secondo le normative vigenti le modalità di pubblicazione dei dati, dei metadati e delle relative banche dati in possesso dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP) e l'esercizio della facoltà di accesso telematico e di riutilizzo degli stessi.

Il valore pubblico della Trasparenza

La creazione di Valore Pubblico è strettamente connessa alla mission dell'ASP di Potenza che si esplica nel soddisfacimento dei bisogni e delle aspettative di salute dei cittadini al fine di indirizzare i programmi e le attività dell'Azienda per rispondere alla domanda di salute e a orientarla. E' altresì necessario garantire prestazioni efficaci e accessibili a tutti coloro che manifestano il bisogno di salute nel momento in cui si rendono necessarie. Per realizzare questo obiettivo è importante dare concretezza al valore che pone il cittadino - utente al centro dell'attività aziendale, orientando i servizi sanitari e gli operatori per garantire la continuità dei percorsi diagnostico assistenziali secondo livelli essenziali di assistenza, nel rispetto dei seguenti principi:

- *rispetto e dignità della persona e del cittadino;*
- *tempestività e integrazione nella risposta ai bisogni;*
- *equità e libertà di scelta nell'accesso ai servizi;*
- *appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni di prevenzione e cura;*
- *economicità ed efficienza nella gestione delle risorse;*
- *trasparenza e semplificazione dell'azione amministrativa;*
- *formazione continua del personale;*

Obiettivi prioritari delle azioni in materia di trasparenza dal punto di vista operativo sono:

1.1 *la promozione di maggiori livelli di trasparenza;*

1.2 *il miglioramento dei flussi informativi.*

Obiettivi aziendali e Valore pubblico

Gli obiettivi di carattere strategico delineati hanno tutti lo scopo di assicurare continuità al valore pubblico, ossia alla capacità di intervenire in modo efficace ed efficiente sullo stato di salute della popolazione.

La formalizzazione degli obiettivi ha lo scopo di generare valore pubblico, mirando ad intercettare e individuare i bisogni sanitari della popolazione e formulare soluzioni non solamente in termini di cure e assistenza sanitaria, ma anche con azioni di tutela e prevenzione.

Di seguito si rappresentano le macro azioni che la ASP intende perseguire e mettere in atto nel prossimo triennio, che saranno concentrate principalmente sulle linee di indirizzo del PNRR, sul potenziamento dell'assistenza territoriale, della specialistica ambulatoriale.

VALORE PUBBLICO 1. Formazione degli operatori per l'acquisizione di competenze e abilità digitali

La Componente 2 della Missione 6 del PNRR comprende misure volte al rinnovamento e all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, al potenziamento e alla diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ed una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da realizzare anche attraverso il potenziamento dei flussi informativi sanitari e tramite corsi della formazione mirati.

In tale ottica il valore pubblico per i cittadini/assistiti, grazie alle nuove competenze acquisite dal personale e all'utilizzo del nuovo FSE, sarà dato dalla possibilità di accedere facilmente ed in qualsiasi momento ai contenuti dei documenti digitali sanitari, alle nuove funzioni disponibili. Inoltre, l'esperienza dell'utente sarà migliorata anche grazie all'alimentazione e consultazione da parte dei professionisti della sanità.

VALORE PUBBLICO 2. Potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale

Lo scenario in cui operano i sistemi di welfare dei paesi ad alto tasso di sviluppo è interessato da profondi cambiamenti strutturali, tecnologici ed organizzativi con cui bisogna necessariamente misurarsi.

La rilevanza delle dinamiche è ulteriormente accentuata dalla costante crescita qualitativa delle aspettative della popolazione (si vive più a lungo e si vuole vivere meglio) e dal vincolo della “scarsità relativa delle risorse”.

Tale mutamento di scenario ha determinato la necessità di ripensare profondamente ai sistemi sociosanitari che, dovendosi misurare con malattie che si “curano ma dalle quali non si guarisce”, richiedono sempre di più una “presa in carico complessiva e continuativa” dell’assistito.

Il potenziamento dell’assistenza territoriale permette ai cittadini più facile accesso alle cure, una presa in carico continuativa nel territorio e anche nel proprio domicilio, riducendo di conseguenza gli accessi in Pronto Soccorso ed in ospedale ed eventuali code e attese.

VALORE PUBBLICO 3. *Rispetto delle milestone del PNRR*

La Missione 6 Salute, mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l’efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell’emergenza pandemica, ed è articolata in due Componenti:

1. Componente 1: riguarda le reti di prossimità, le strutture intermedie e la telemedicina per l’assistenza specialistica territoriale; ha l’obiettivo di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie all’attivazione e al potenziamento di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), rafforzando l’assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari.
2. Componente 2: si riferisce all’Innovazione, la ricerca e la digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

La componente 1 riguarda i seguenti investimenti e genera valore pubblico per ogni singolo intervento:

- Case della Comunità e presa in carico della persona - prevede l'attivazione, lo sviluppo e l'aggregazione di servizi di assistenza di base e la realizzazione di centri per una risposta integrata alle esigenze di assistenza, al fine di garantire parità di accesso, prossimità territoriale e qualità dell'assistenza alle persone, indipendentemente dall'età e dal loro quadro clinico. In particolare, i destinatari sono le persone con cronicità e loro famiglie (persone anziane non autosufficienti, Cittadini fragili, Persone in dimissione da ospedali, Persone con disabilità e le loro famiglie, Famiglie con minori, Cittadini portatori di bisogni sanitari-sociosanitari-sociali).
- COT (Centrali Operative Territoriali), hanno la funzione di collegare e coordinare i servizi domiciliari con vari servizi territoriali, sociosanitari e ospedalieri e con la rete di emergenza, al fine di garantire la continuità, l'accessibilità e l'integrazione delle cure. Grazie alle COT i pazienti fragili potranno essere dimessi più facilmente al proprio domicilio, presso le RSA, o le residenze sociosanitarie. Inoltre, sono presenti figure professionali formate e sarà possibile migliorare l’integrazione delle azioni tra Ospedale e Territorio, facilitando la corretta presa in carico e continuità delle cure delle persone fragili.
- Ospedali di Comunità, che saranno interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche, svolgeranno una funzione intermedia tra il domicilio ed il ricovero ospedaliero. Andranno ad accogliere e fornire assistenza ai pazienti a bassa intensità clinica, potenzialmente erogabile a domicilio, ma che necessitano di una sorveglianza infermieristica continuativa.

VALORE PUBBLICO 4. *Abbattimento delle liste d’attesa*

Il Piano Nazionale di Governo dei Tempi di attesa (PNGLA) si propone di condividere un percorso per il Governo delle Liste di Attesa, finalizzato a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso

dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, il rispetto delle Classi di priorità, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri.

Elementi e ambiti prioritari del PNGLA e che generano valore pubblico sono:

- Garantire tempo massimo di attesa per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero ad almeno il 90% dei cittadini secondo le classi di priorità;
- l'identificazione di percorsi individuati e condivisi in ambiti disciplinari trasversali all'Azienda con lo scopo di migliorare la qualità del servizio, la garanzia di continuità assistenziale, la riduzione dei tempi di attesa delle attività ambulatoriali e di ricovero, come il day service;
- attivazione di modalità alternative di accesso alle prestazioni nel caso in cui al cittadino non possa essere assicurata la prestazione entro i limiti previsti dalla Regione.

L'ASP con DDG n. 397 del 03/05/2025 ha approvato il Piano Attuativo Aziendale per il Governo dei tempi di attesa (PAGLA) delle prestazioni di specialistica ambulatoriale definendo lo stesso un atto di programmazione aziendale per il triennio 2025-2027.

Il governo dei tempi di attesa viene effettuato sia dal lato della domanda (appropriatezza prescrittiva) e sia dal lato dell'offerta (prestazioni di specialistica ambulatoriale).

Nel suindicato piano sono contenute sia le azioni già avviate che quelle da introdurre per contribuire all'abbattimento delle liste di attesa.

2.2. Performance

La conferma del progressivo e tendenziale invecchiamento della popolazione ha importanti ripercussioni sui costi legati all'assistenza sanitaria, essendo ormai consolidato che le fasce di età adulta hanno un peso assistenziale notevolmente superiore rispetto alle fasce giovani.

La transizione demografica ed epidemiologica degli ultimi anni ha ridisegnato la struttura dei bisogni e delle domande; difatti si è progressivamente alimentato il passaggio da patologie prevalentemente acute, a situazioni di cronicità diffusa, che richiedono sempre di più una presa in carico continuativa dell'assistito.

Il complesso di questi fattori ha determinato la necessità di ripensare radicalmente i modelli istituzionali, gli assetti organizzativi ed i fabbisogni di competenze e di professionalità delle diverse articolazioni e delle amministrazioni che operano nell'ambito socio sanitario. Di conseguenza, si rileva la necessità di definire azioni programmatiche finalizzate a garantire i bisogni di salute della popolazione assistita, tenendo conto di tali necessità anche nella definizione delle performance attese a livello aziendale.

La performance è intesa come il contributo che le varie componenti organizzative (individui, gruppi di individui, unità organizzative, ente nel suo complesso) apportano attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'azienda sanitaria e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni della collettività.

La performance organizzativa è la risultante del grado di raggiungimento degli obiettivi dell'azienda nel suo complesso (rispetto alla missione aziendale ed agli obiettivi assegnati dalla Regione) e del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget negoziati tra la Direzione Aziendale ed i Direttori delle diverse articolazioni organizzative.

La misurazione della performance organizzativa è intesa come quel complesso di azioni e strumenti volti a misurare e quantificare tutte le dimensioni della performance necessarie a migliorare e rendere più razionali i processi decisionali e più trasparente la rendicontazione.

La performance individuale, invece, è l'insieme dei risultati raggiunti e dei comportamenti realizzati dall'individuo che opera nelle strutture dell'azienda.

Le Dimensioni che compongono la performance individuale sono:

- Risultati: riferiti agli obiettivi annuali inseriti nella programmazione aziendale;
- Comportamenti: sono le azioni che l'individuo mette in atto per raggiungere i risultati, ossia attengono alle modalità con cui un'attività viene svolta da ciascuno all'interno azienda.

Gli obiettivi di performance organizzativa saranno declinati a partire dalle attività definite in sede di programmazione annuale; queste ultime saranno formalizzate nell'ambito del processo di budget attraverso l'assegnazione degli obiettivi a tutti i Direttori di struttura secondo le modalità definite nel Sistema di misurazione e valutazione della performance consentendo in tal modo di assicurare la coerenza temporale fra le due valutazioni.

Dimensione della performance

La sottosezione Performance individua le seguenti dimensioni di analisi:

Efficacia Esterna: riguarda il rapporto che intercorre tra L'Azienda e l'ambiente esterno e la sua capacità nel soddisfare i bisogni provenienti dalla collettività. Per l'Azienda si tratta di individuare obiettivi legati all'orientamento dell'Azienda verso il paziente, il cittadino e agli altri portatori di interesse, contrastare la corruzione, attuare i principi di trasparenza e integrità, accessibilità ed accoglienza.

Economicità: perseguimento dell'equilibrio economico e finanziario, gestione degli investimenti quali elementi che garantiscono il funzionamento attuale e futuro dell'ASP ed il buon utilizzo delle risorse pubbliche assegnate.

Efficacia interna ed organizzativa: sviluppo della qualità e della gestione del rischio, formazione, crescita e sviluppo del personale, miglioramento dei processi interni, intesi come elementi chiave per il miglioramento del sistema di offerta verso il cittadino.

Obiettivi Efficacia Esterna	
Obiettivo	Risultato atteso
Contenimento tempi/liste d'attesa"	Azioni di miglioramento e di monitoraggio della performance sul rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità delle prestazioni di specialistica ambulatoriale con particolare riferimento alle prime visite e alle prime prestazioni diagnostico-terapeutiche.
Vaccinazioni	Programmazione, erogazione prestazioni e gestione del percorso del paziente. Raccordi organizzativi con altri erogatori (es. farmacie, MMG, PLS)
Potenziamento rete territoriale	Realizzazione/ultimazione/ adeguamento: degli Ospedali di Comunità- le Case di Comunità

Obiettivi Efficacia Esterna	
Obiettivo	Risultato atteso
Salute mentale, dipendenze e disabilità	L'integrazione e l'interconnessione tra le diverse discipline
Potenziamento servizi domiciliari	Progetto Telemedicina
Attuazione di nuove modalità di interventi a sostegno dei pazienti fragili con disabilità	Progetti di buone pratiche di accoglienza e accessibilità alle cure per le persone con disabilità
Prevenzione del fenomeno della corruzione	Realizzazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione
Trasparenza	Migliorare l'accesso del cittadino alle informazioni previste in tema di trasparenza

Obiettivi Efficacia interna ed organizzativa	
Obiettivo	Risultato atteso
Migliorare la performance aziendale	Rafforzare il ciclo di programmazione e controllo in Azienda
Valorizzazione del capitale umano	Sviluppo delle competenze
Pari opportunità ed equilibrio di genere	Formazione/Eventi su tematiche delle pari opportunità, sulla prevenzione e contrasto di ogni forma di discriminazione. Iniziative formative legate alla medicina di genere
Ammodernamento del parco tecnologico e sviluppo delle infrastrutture tramite l'utilizzo di specifici finanziamenti	Sostituzione delle grandi apparecchiature ad alto contenuto tecnologico
Perseguimento degli obiettivi di bilancio definiti a livello regionale e alle regole di sistema	Mantenimento equilibrio di bilancio
Tempi di pagamento	Riduzione/mantenimento dei tempi di pagamento beni e servizi secondo le tempistiche previste dalla normativa vigente
Recupero Crediti e mancate disdette	Sollecito pagamento ticket (diritto di credito) agli utenti che hanno fruito di una o più prestazioni sanitarie il cui ticket risulta insoluto

Obiettivi Digitalizzazione e semplificazione	
Obiettivo	Risultato atteso
Sistema di gestione digitale del territorio	Rendere disponibili strumenti informatici e tecnologie digitali per la gestione delle Case di Comunità e delle Centrali Operative Territoriali
Ammodernamento del parco tecnologico	Potenziamento del livello di digitalizzazione

Obiettivi Digitalizzazione e semplificazione	
Obiettivo	Risultato atteso
Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati	Potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico
Miglioramento continuo del livello di sicurezza dei sistemi informativi	Innalzamento del livello di sicurezza informatica dell'intera architettura dei sistemi informativi
Semplificazione dei percorsi fisico e digitale ai cittadini	Miglioramento dei sistemi di accoglienza Potenziamento dell'infrastruttura fruibile via internet da parte del cittadino

Queste azioni sono volte a omogeneizzare le procedure, a rafforzare l'integrazione tra i servizi territoriali e ospedalieri, a migliorare il clima interno, ad attuare percorsi diagnostici terapeutici assistenziali delle persone malate già fragili, a potenziare la comunicazione interna, con gli utenti e gli altri portatori di interesse.

È ormai chiaro che il perseguimento della sola efficienza, misurata guardando all'equilibrio di bilancio e agli indicatori numerici e perseguita nel contesto di una progressiva riduzione delle risorse disponibili, è un nemico della resilienza del sistema nel suo insieme.

L'impegno richiesto per il conseguimento di tali obiettivi necessita di una programmazione di medio e lungo periodo, stante la complessità delle variabili e dei fattori (interni ed esterni all'Azienda) che incidono concretamente sulla possibilità di ottenere risultati positivi.

Visione ed obiettivi strategici ed operativi per il triennio 2026-2028- Annualità 2026

La presente sezione ha la finalità di rappresentare e di rendere pubblico l'insieme dei processi e delle azioni (Performance Organizzativa) attraverso cui l'Azienda intende raggiungere gli obiettivi volti alla soddisfazione dei bisogni di salute della collettività. Gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi ed i relativi indicatori per la misurazione della Performance Organizzativa trovano il loro focus nell'insieme dei documenti di pianificazione e di programmazione previsti dalla normativa aziendale e regionale e dal ciclo di programmazione aziendale di seguito richiamati:

- D.G.R. n. 948 del 30 dicembre 2022, avente ad oggetto "Decreto del Ministero della Salute n. 77 del 23 maggio 2022 – G. U. n. 144 del 22 giugno 2022 – Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale – Adozione del Provvedimento Generale di Programmazione, ai sensi dell'art. 1, c. 2", con la quale è stato adottato il Piano Operativo Territoriale, quale provvedimento generale di programmazione dell'Assistenza Sanitaria Territoriale, ai sensi del citato art. 1, c. 2 del D.M. 77/2022;
- la D.D.G. n. 44 del 29 gennaio 2023 di presa d'atto della richiamata DGR n. 948 del 30 dicembre 2022;
- DDG n. 2024/01059 "Atto Aziendale Stralcio. Nuovo assetto organizzativo dell'Assistenza Territoriale;

- D.G.R. n. 2021/01070 del 28/12/2021 “Regione Basilicata - Piano Regionale della Prevenzione (2021-2025) (Intesa Stato-Regione n.131 del 06/08/2020 re. Atti 127/CSR). Approvazione del documento programmatico.”;
- DDG N. 2025/01029 del 09/12/2025 “Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2026-2028 dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, approvato con DGR 802 del 17/12/2025;
- D.G.R. N.704 28/111/2024 “Linee di indirizzo regionali per la continuità terapeutica Ospedale-Territorio”. le Linee di indirizzo regionali per la prescrizione, erogazione, somministrazione di farmaci per la continuità terapeutica ospedale-territorio nella Regione
- DGR n.796 del 17/12/2025 con la quale la G.R. ha nominato il Direttore Generale dell'ASP, l'incarico di Direzione Generale è conferito, ai sensi dell'art. 2 commi 1 e 2 del D.Lgs. n.171/2016 e s.m.i., per la durata di tre anni, decorrenti dalla data di stipulazione del relativo contratto ed ha approvato i suoi obiettivi di mandato (allegato b) “Individuazione e assegnazione degli obiettivi di nomina art. 2, commi 2 e ss. D.Lgs. n. 171/2016 e s.m.i.”

Il Direttore Generale è tenuto, a pena di decadenza, al raggiungimento degli obiettivi di mandato individuati dalla Giunta Regionale con l'atto di nomina ed esplicitati nell'Allegato B della suindicata DGR.

Detti obiettivi si declinano come di seguito specificato:

- Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e gli adempimenti finalizzati al pieno raggiungimento dell'adempienza su quanto previsto nel questionario ministeriale relativo alla erogazione dei LEA.
- Equilibrio Economico-Finanziario. Garantire l'equilibrio economico in sede di approvazione di bilancio preventivo e consuntivo, nel rispetto dell'art. 31 della L.R. 34/1994 e s.m.i. e garantire il rispetto delle procedure amministrative e contabili. Supporto agli Uffici regionali negli adempimenti verso il Ministero dell'Economia e delle Finanze. Supporto agli Uffici Regionali nella implementazione della Gestione Accentrata. Dove applicabile, presso la direzione Generale per la salute e le Politiche della persona.
- PNRR: supporto alla programmazione Regionale, esecuzione e attuazione degli interventi ricadenti nella propria competenza territoriale di cui al Piano Operativo approvato con DGR 313/2022 come richiamato nella DGR 486/2022 di approvazione della delega alle singole aziende ed enti del SSR di Basilicata (allegato 1) per l'attuazione degli interventi meglio specificati nell'allegato 2 riferiti rispettivamente a ciascun investimento e a ciascuna misura, come riportati nei Piani Operativi regionali e negli Action Plan integrati. Rispetto assoluto delle tempistiche previste dai Piani e dagli eventuali altri Atti di programmazione Regionale.
- Governo dei tempi di attesa: supporto alla programmazione Regionale; esecuzione e attuazione degli interventi ricadenti nella propria competenza territoriale di cui al Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, approvato con D.G.R. n. 951/2020, aggiornato con D.G.R. n. 487/2022 e successivi Atti della Giunta Regionale tra cui da ultimo le DDGGRR nn. 512/2025 e 513/2023; rispetto assoluto, nelle modalità e nelle tempistiche, dei Provvedimenti Regionali in materia di Indirizzi strategici e indicazioni operative in materia di Governo dei Tempi di Attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, D.G.R. 512/2025 e 513/2025.

- DM n.77/2022: attuazione della DGR 948/2022, che stabilisce che le aziende l'Azienda sanitaria territoriale sono tenute a predisporre i provvedimenti di competenza in attuazione ed in coerenza con i contenuti e il cronoprogramma indicato nel documento di programmazione allegato alla stessa deliberazione ed in particolare con il rispetto della tempistica indicata.
- Gestione delle Risorse Umane: Assicurare l'adozione del Piano Triennale del Fabbisogno del Personale (P.T.F.P.) entro il 15 novembre di ciascun anno antecedente il triennio di riferimento per consentirne l'approvazione da parte della Regione Basilicata e la conseguente approvazione definitiva da parte dell'Azienda entro il 31 dicembre dello stesso anno. Garantire, entro l'anno di riferimento, l'avvio delle procedure di reclutamento di tutto il personale previsto dal PTFP, anno per anno.

Dal punto di vista della **programmazione regionale** la DGR 324 del 27/06/2025 "Approvazione degli obiettivi di salute e di programmazione sanitaria per le direzioni generali delle aziende ASP, ASM e AOR San Carlo di Potenza e per la direzione generale dell'IRCCS CROB di Rionero in Vulture -ANNI 2025-2027" così come integrata e modificata dalla DGR 661 del 03.11.2025, declina nell'Allegato 1 le aree di risultato ed i relativi obiettivi di salute assegnati alle Aziende Sanitarie.

Nel medesimo allegato risultano, altresì, esplicitate le metodologie e le schede di indicatori per ogni Azienda Sanitaria Regionale.

Il sistema di valutazione 2025-2027 - si compone di *n. 3 principali aree di risultato*, ciascuna articolata in più obiettivi, come di seguito riportato:

1) *Tutela della salute:*

- Prevenzione Primaria
- Promozione stili di vita sani
- Screening oncologici
- Sicurezza sul lavoro
- Sanità Veterinaria

2) *Performance organizzative e cliniche aziendali:*

- Appropriata area clinica
- Efficacia assistenziale territoriale
- Efficacia Percorso Emergenza – Urgenza
- Appropriata prescrittiva farmaceutica
- Appropriata prescrittiva diagnostica
- Efficienza mobilità ospedaliera

3) *Conseguimento di obiettivi strategici regionali:*

- Valutazione e ricerca
- Cure Palliative

- Utilizzo dei flussi informativi
- Risk management
- Verifica del Programma di Controllo delle cartelle cliniche
- Monitoraggio spesa del personale sanitario

Gli obiettivi sono valutati mediante una serie di indicatori quali-quantitativi sintetici distinti per le 3 aree di risultato, all'ASP sono assegnati 15 obiettivi misurati da 40 indicatori. Alcuni dei 40 indicatori sono anche finalizzati al parere di conferma dell'incarico di direzione generale dopo il 24° mese e alla valutazione globale di performance dell'Azienda (VGP). Per ogni indicatore è individuato un intervallo di riferimento in base al quale viene assegnato un punteggio che rappresenta la valutazione dell'obiettivo.

Per ogni indicatore è previsto sia un limite minimo, al di sotto del quale il punteggio assegnato è pari a zero, che un limite massimo al di sopra del quale il punteggio è conseguito al 100%. Per alcuni indicatori è prevista la possibilità di conseguire un punteggio pari al 50%, che rappresenta il raggiungimento parziale dell'obiettivo.

Ai fini del parere di confermabilità nell'incarico di Direzione Generale dopo il 24-esimo mese, fermo restando quanto previsto in ambito contrattuale, si fa riferimento per ciascuna Azienda alla metodologia che individua un numero ristretto di Indicatori.

Per questa Azienda, in particolare, sono previsti 7 indicatori di tipo quantitativo e 2 indicatori di tipo qualitativo, come di seguito riportato:

Indicatori di tipo quantitativo

- Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani);
- N. aziende ispezionate/N. aziende con dipendenti;
- Percentuale di anziani trattati in cure domiciliari con valutazione sul totale della popolazione anziana (≥ 65 anni);
- Intervallo allarme-target dei mezzi di soccorso (minuti);
- Incidenza farmaci equivalenti sul totale a brevetto scaduto;
- Consumo di farmaci antibiotici sul territorio;
- Consumo territoriale di farmaci oppioidi

Indicatori di tipo qualitativo

- Trasmissione dei flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa;
- Raggiungimento della copertura percentuale di campioni effettuati per la ricerca di residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale (Piano Nazionale Residui).

A fini, invece, della Valutazione Globale di Performance (V.G.P.), se l'indicatore è valutato positivamente (SI) si attribuisce un segno positivo (+), viceversa un segno (-).

Il parere di confermabilità è favorevole se i segni positivi (+) sono in numero uguale o maggiore dei segni (-).

Obiettivi e azioni di particolare rilevanza rispetto ai bisogni e alle attese degli stakeholder per il triennio 2026-2028- annualità 2026

Tenuto conto che, nei giorni antecedenti la pubblicazione del PIAO 2026-2028, si è insediato il nuovo Direttore Generale, gli obiettivi di performance organizzativa assegnati con la programmazione 2025 sono stati prorogati a seguito dell'approvazione della Delibera Commissariale n. 1060 del 13/12/2025.

Vengono di seguito elencati i progetti che nell'anno 2025 sono stati assegnati all'ASP per consentire il miglioramento del soddisfacimento dei bisogni degli stakeholder.

Efficientamento del sistema sanitario dell'emergenza urgenza 118

Nell'ambito della MISSIONE 5 Componente 3: "Interventi speciali per la coesione territoriale" – Investimento 1: "Strategia nazionale per le aree interne" - Linea di intervento 1.1.1 "Potenziamento dei servizi e delle infrastrutture sociali di comunità" del PNRR, il sistema Sanitario dell'Emergenza - Urgenza, posto in capo all'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, ha candidato a finanziamento, per il tramite della Regione Basilicata, un progetto di adeguamento tecnologico dell'intera infrastruttura di controllo delle aree di atterraggio per elicotteri di soccorso già presenti, o di adeguamento di aree che potranno essere adibite allo scopo. La proposta progettuale è denominata "Progetto Infrastruttura Tecnologica per Elisoccorso Regione Basilicata"

Il progetto inizialmente finanziato a valere sulle risorse PNRR M5C3 I1.1.1. "Potenziamento dei servizi e delle infrastrutture sociali di comunità" è stato trasferito a valere sulle risorse di cui al D.L. n.19 del 2 marzo 2024, convertito con Legge 29 aprile 2024, n. 56.

L'obiettivo del progetto è: dotare di un'adeguata infrastruttura tecnologica 15 aree di atterraggio notturno a disposizione del servizio di emergenza urgenza sanitaria e ulteriori 5 aree allo stato in fase di realizzazione e/o ripristino, al fine di coprire almeno 20 superfici di atterraggio nei comuni del territorio regionale facenti parte delle aree interne (intermedie, periferiche ed ultra periferiche), riuscendo a fornire il servizio ad una popolazione di circa 300.000 abitanti. Inoltre, si intende integrare ed ampliare l'attuale rete strumentale ottico-meteorologica per il servizio di elisoccorso del 118 Basilicata, che è costituita da un insieme di apparati (telecamere e strumenti meteorologici) installati prevalentemente nei siti di transito della "Dorsale di Rete Radio Regionale in Microonde ad uso del 118/PC", al fine di consentire agli elicotteri di verificare la visibilità aerea in modo preciso e tempestivo. Questo ampliamento permetterà una pianificazione più adeguata delle missioni di soccorso, migliorando l'efficienza e la sicurezza delle operazioni di elisoccorso, garantendo così un accesso più rapido e sicuro alle aree di atterraggio disponibili. (DDG n. 895 del 27/10/2025)

PNRR - Missione 6, Componente 1, Sub-investimento 1.2.3.2 - Decreti del Ministero della Salute del 28 settembre 2023 e del 19 febbraio 2025: "Ripartizione delle risorse di cui all'investimento M6C1|1.2.3.2 'Servizi di Telemedicina' del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)"

Con D.G.R. n. 567 del 30/09/2025 avente ad oggetto " PNRR - Missione 6, Componente 1, Sub-investimento 1.2.3.2 - Decreti del Ministero della Salute del 28 settembre 2023 e del 19 febbraio 2025: "Ripartizione delle risorse di cui all'investimento M6C1|1.2.3.2 'Servizi di Telemedicina' del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)" - Presa d'atto del trasferimento e approvazione dei Piani di Riparto" la Regione Basilicata, considerato che, per l'attuazione delle attività previste, le Regioni possono assegnare le risorse, in tutto o in parte, agli Enti del Servizio Sanitario Regionale ha

ritenuto di delegare all' ASP, che ha realizzato in qualità di capofila il sistema regionale di telemedicina attualmente operativo, le funzioni di Soggetto Attuatore esterno per la realizzazione dell'integrazione dei sistemi gestionali regionali (SGR) e dei servizi minimi di telemedicina (SMT) regionali con la Piattaforma nazionale di telemedicina; per la realizzazione delle integrazioni specifiche a sistemi locali e per la realizzazione delle evoluzioni software (con esclusione delle attività di supporto specialistico).

ACCORDO QUADRO "System Management 3": con il suddetto accordo quadro l'ASP, in qualità di capofila regionale, ha effettuato l'affidamento del servizio di monitoraggio e gestione del cloud privato regionale che prevede la gestione delle iniziative di trasferimento in cloud di alcuni servizi, unitamente all'integrazione sicura dei sistemi e degli applicativi a supporto dei processi di pianificazione e controllo aziendale.

PROGETTO DI INTEROPERABILITA' DEI SISTEMI CUP REGIONALI: con DDG n. 903/2025 l'ASP ha preso atto della delega che la Regione Basilicata le ha conferito per la gestione delle attività inerenti l'attuazione dell'accordo stipulato con AGENAS per la sperimentazione del sistema di interoperabilità dei sistemi CUP regionali.

Infrastrutture digitali - ASL/AO con decreto del DTD (Dipartimento per la Trasformazione Digitale) n.102-1/2025-PNRR del 24/10/2025 è stata approvata la candidatura dell'Azienda sanitaria di Potenza per la migrazione al PSN (Polo Strategico Nazionale)

ALBERO DELLA PERFORMANCE

I legami fra mandato istituzionale, missione, aree strategiche e obiettivi strategici nell'ottica della trasversalità delle funzioni, sono rappresentati con l'albero delle performance che fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance aziendale.

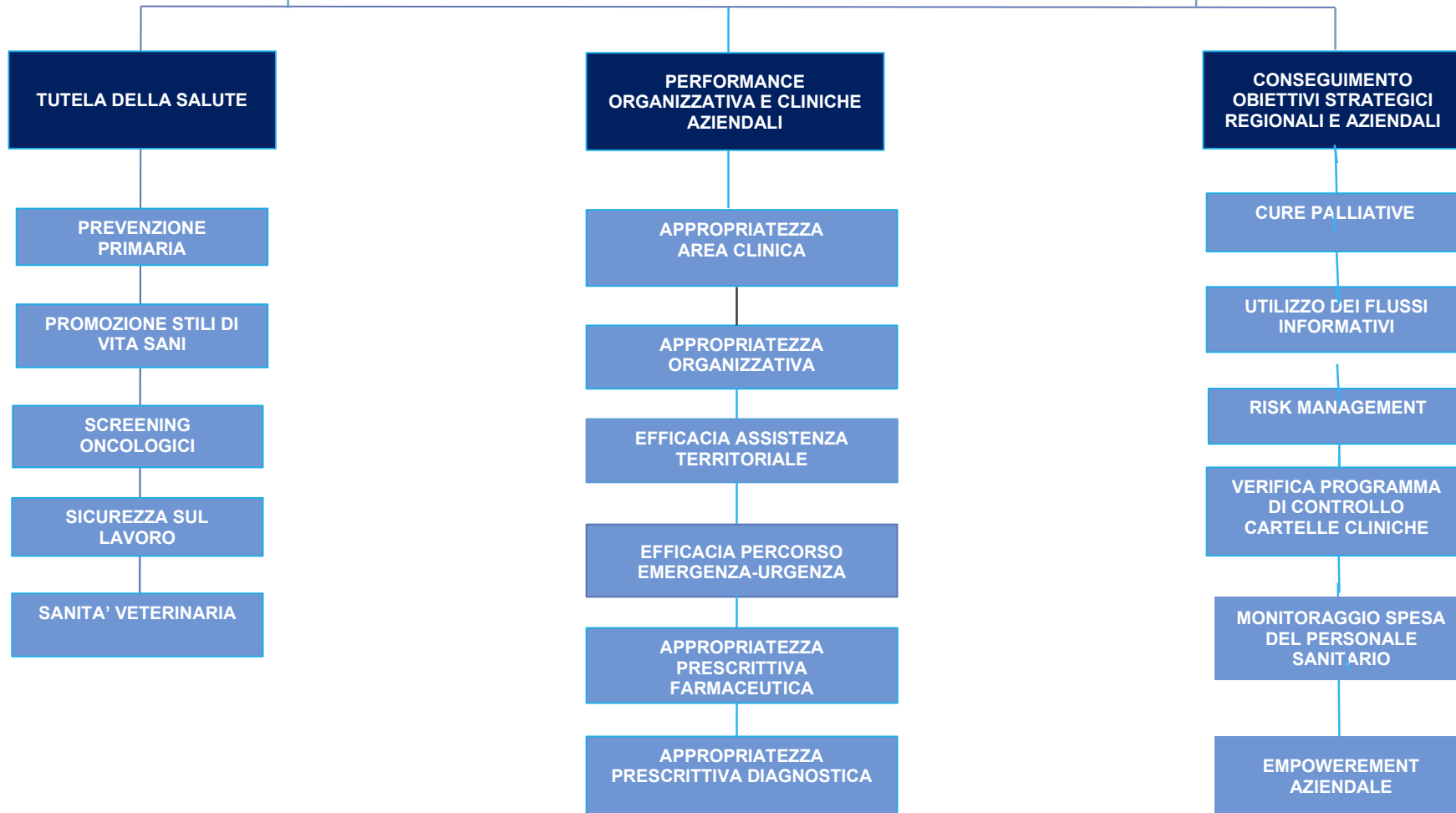
Le aree strategiche forniscono una rappresentazione degli outcome perseguiti dall'azienda, che spesso si rivelano trasversali rispetto alle articolazioni organizzative. Le funzioni fondamentali svolte dall'Azienda Sanitaria di Potenza si articolano in TRE Aree Strategiche di intervento che costituiscono la base sulla quale poggia la performance aziendale.

Attraverso la declinazione delle aree strategiche in obiettivi ed indicatori assegnati nel budget annuale, l'azienda punta a realizzare gli Output individuati nell'arco del triennio di riferimento



Per ognuna delle aree strategiche sono individuate le **sub-aree** (ossia degli ambiti omogenei di operatività dell'Azienda) e le principali correlazioni logiche tra le aree e le sub-aree (ossia le integrazioni operative che devono essere ricercate e perfezionate attraverso l'organizzazione per erogare servizi assistenziali di qualità).

AREE E SUB-AREE STRATEGICHE



legenda

AREA

SUB AREA

PREVENZIONE PRIMARIA

PROMOZIONE DI STILI DI VITA SANI

SCREENING ONCOLOGICI

SICUREZZA SUL LAVORO

SANITA' VETERINARIA

PRINCIPALI SFIDE

- Miglioramento della copertura vaccinale.
- Miglioramento degli stili di vita e diffusione delle buone pratiche in materia di alimentazione, di prevenzione dell'abuso di alcol e prevenzione del fumo.
- Attuazione del Progetto Passi e Passi d'Argento 2026
- Miglioramento del grado di estensione delle campagne di screening per il controllo delle patologie oncologiche
- Mantenimento del livello attuale dell'attività di vigilanza per la sicurezza degli ambienti di lavoro.
- Aumento dei controlli igienico-sanitari per la sicurezza degli alimenti di origine vegetale
- Aumento dei controlli igienico-sanitari per la sicurezza degli alimenti di origine animale

PREVENZIONE PRIMARIA

Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione

Migliorare la copertura vaccinale

Copertura vaccinale MPR nei bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza

Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio

Copertura vaccinale papilloma virus HPV nella popolazione

Copertura vaccinale antimeningococcico a 24 mesi

Copertura vaccinale antipneumococcico a 24 mesi

Copertura vaccinazione esavalente a 24 mesi

PROMOZIONE DI STILI DI VITA SANI

Miglioramento della qualità di vita

% di persone intervistate consigliate dal medico o da altro operatore sanitario di fare attività fisica

% di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso

% di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o da altro operatore sanitario a bere meno

% di fumatori consigliati dal medico o da altro operatore sanitario di smettere di fumare

Promozione di stili di vita sani

legenda

Obiettivo strategico

SUB-AREA

Indicatore

Outcome

SCREENING ONCOLOGICI

Prevenzione delle
patologie oncologiche

Aumentare il grado
di estensione delle
campagne di
screening

Proporzione di persone che ha
effettuato test di screening di
primo livello, in un programma
organizzato, per cervice
uterina

Proporzione di persone che ha
effettuato test di screening di
primo livello, in un programma
organizzato, per mammella

Proporzione di persone che ha
effettuato test di screening di
primo livello, in un programma
organizzato, per colon retto

SICUREZZA SUL LAVORO

Prevenzione infortuni
negli ambienti di lavoro

N. Aziende ispezionate/N.
aziende con dipendenti

N. Cantieri ispezionate/N.
Cantieri notificati

N. Aziende ispezionate/N.
personale UPG SPSAL

N. Sopralluoghi /N. personale
UPG SPSAL

Monitorare il livello di
sicurezza degli ambienti
di lavoro

legenda

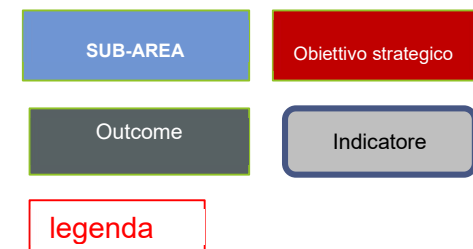
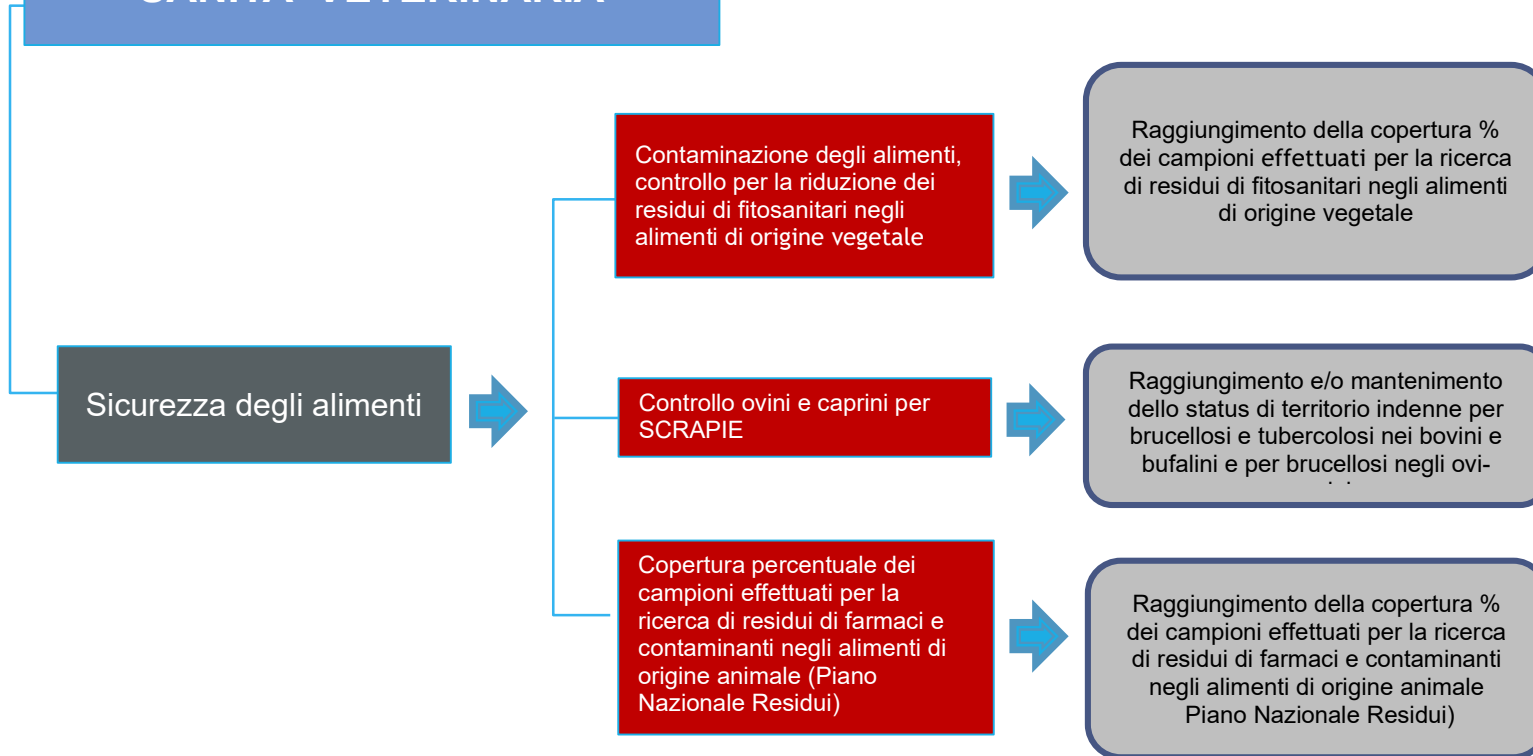
SUB-AREA

Obiettivo
Strategico

Out come

Indicatore

SANITA' VETERINARIA



**APPROPRIATEZZA AREA
CLINICA**

**APPROPRIATEZZA
ORGANIZZATIVA**

**EFFICACIA ASSISTENZIALE
TERRITORIALE**

**EFFICACIA PERCORSO
EMERGENZA-URGENZA**

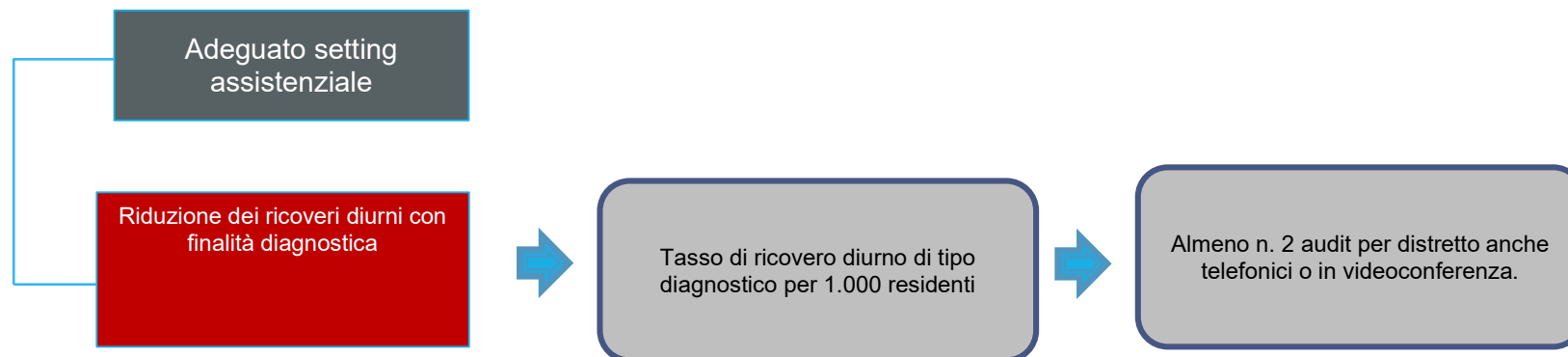
**APPROPRIATEZZA
PRESCRITTIVA
FARMACEUTICA**

**APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA
DIAGNOSTICA**

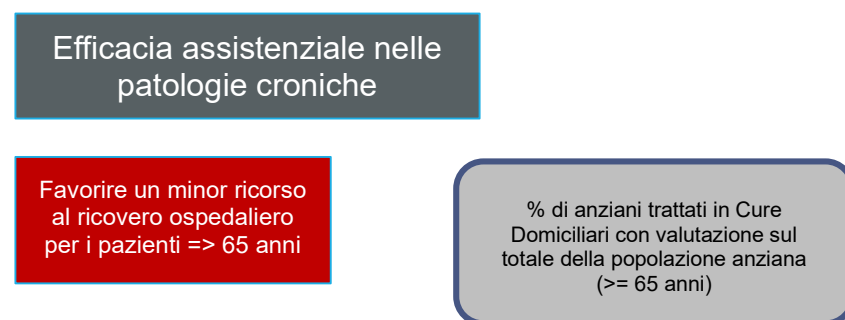
PRINCIPALI SFIDE

- Migliorare l'appropriatezza delle cure
- Migliorare l'efficacia dell'assistenza territoriale.
- Migliorare la qualità dei servizi offerti e della salute pubblica utilizzando al meglio le limitate risorse economiche ed umane.
- Favorire la deospedalizzazione dei pazienti con problemi di salute mentale.
- Migliorare il grado di estensione dell'assistenza domiciliare al fine di contrastare l'istituzionalizzazione impropria e precoce degli anziani.
- Migliorare l'appropriatezza organizzativa del sistema emergenza - urgenza (tempestività di risposta - riduzione intervallo allarme-target 118).
- Sviluppare sinergie ed integrazioni nell'organizzazione dell'emergenza – urgenza.
- Attivare momenti informativi/formativi rivolti ai Medici di Medicina Generale ed ai Medici di Continuità Assistenziale sulle tematiche dell'emergenza-urgenza.

APPROPRIATEZZA AREA CLINICA



EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE



Obiettivo

SIR AREA

Indicatore

Out come

legenda

EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE



legenda

SUB-AREA

Obiettivo
strategico

Outcome

Indicatore

EFFICACIA PERCORSO EMERGENZA-URGENZA

Appropriatezza organizzativa
(Tempi di risposta DEU 118)



Rispondere tempestivamente alle richieste di assistenza in urgenza e far fronte in modo adeguato alle diverse tipologie di casi che si presentano (riduzione intervallo target)



Intervallo Allarme - Target dei mezzi
di soccorso (minuti)

legenda

SUB-

Obiettivo
strategico

Outcome

Indicatore

**EFFICIENZA PRESCRITTIVA
FARMACEUTICA**

**APPROPRIATEZZA
PRESCRITTIVA
DIAGNOSTICA**

**RECUPERO DELLA
MOBILITÀ PASSIVA
OSPEDALIERA**

**EQUILIBRIO ECONOMICO-
FINANZIARIO**

PRINCIPALI SFIDE

- Miglioramento dell'efficienza prescrittiva farmaceutica attraverso il corretto uso delle risorse per il consumo dei farmaci.
- Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica.
- Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva diagnostica.
- Razionalizzazione ed efficientamento della spesa sanitaria.
- Per l'ASP sono stati selezionati alcuni DRG che costituiscono ad oggi la maggiore spesa, su cui fondare il miglioramento dell'attuale situazione debitoria. L'azienda, quindi, deve concorrere in maniera concertata all'abbattimento selettivo delle voci maggiori di spesa per ricoveri in mobilità passiva.

EFFICIENZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA

Efficienza prescrittiva farmaceutica

Utilizzo farmaci biosimilari

% utilizzo farmaci biosimilari

Consumo di farmaci antibiotici

Consumo di farmaci antibiotici

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DIAGNOSTICA

Appropriatezza prescrittiva diagnostica

Riduzione delle prescrizioni di RM muscolo-scheletriche nella fascia di età ≥ 65 anni

Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (≥ 65 anni)

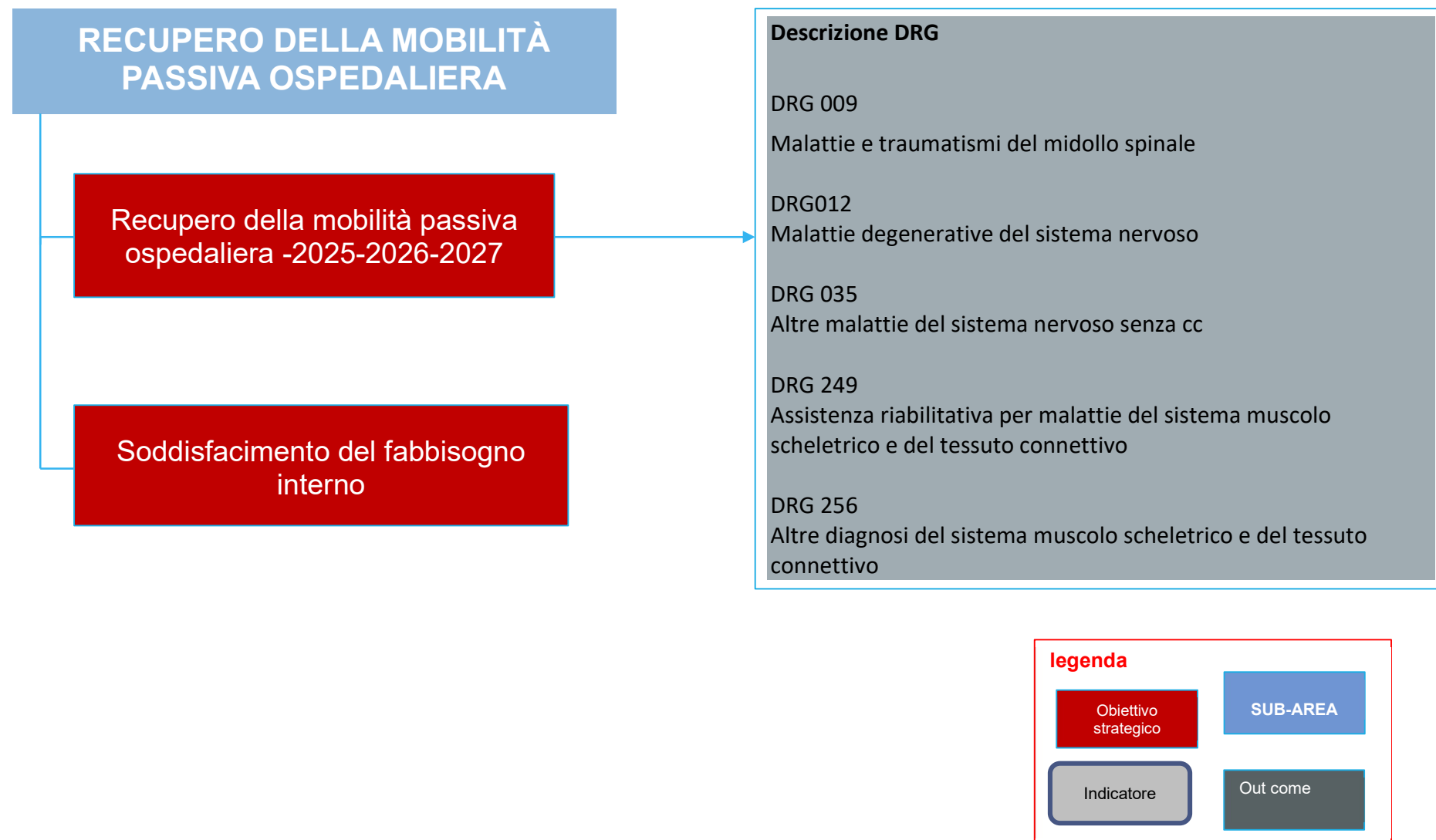
legenda

SUB-AREA

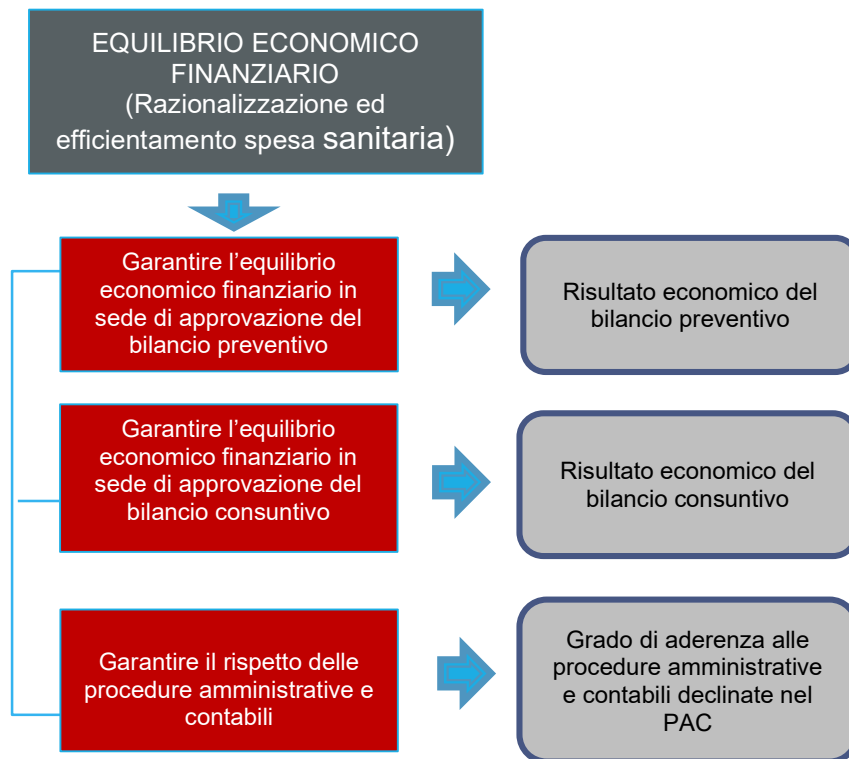
Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore



EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO



Legenda

SUB-AREA

Out come

Obiettivo strategico

Indicatore

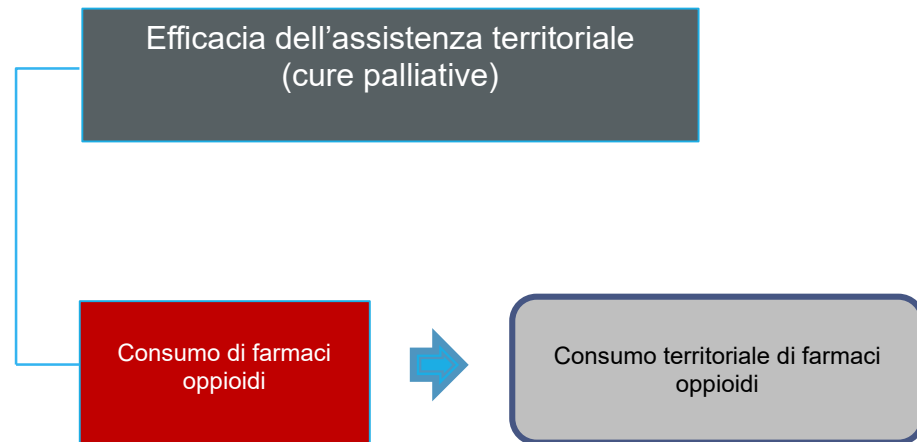


PRINCIPALI SFIDE

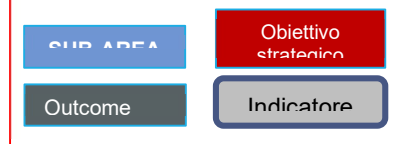
- Potenziamento della lotta alla sofferenza e al dolore anche fuori dell'ospedale, avvalendosi del contributo dei MMG e dei PLS;
- Elaborazione della mappa dei flussi aziendali e individuazione dei referenti;
- Miglioramento della tempistica e il grado di completezza e attendibilità dei flussi informativi
- Miglioramento del livello di sicurezza per i pazienti e gli operatori;
- Controllo di congruità e appropriatezza sulle cartelle cliniche prodotte;
- Miglioramento ed efficientamento spesa per il personale: verifica rispetto limite di spesa annuale per il personale D.G.R. n. 637 del 30.10.2025 con la quale è stato assegnato a questa Azienda il tetto di spesa netto anno 2024 per i costi del personale, pari a € 80.215.185,75)
- Attuazione programma triennale 2026-2028, elenco annuale lavori 2026, relazione, elenco lavori finanziati e non ancora appaltati piano degli investimenti (DDG 947 del 07.11.2025);
- Attuazione del piano triennale dei fabbisogni 2026-2028 DDG 01029 del 09.12.2025;
- Attuazione del Piano della Formazione 2025-2026 DDG 97 del 18/12/2024;
- Implementazione degli strumenti sanitari digitali per migliorare la cura dei pazienti (Progetto Regionale rete e-health/telemedicina);
- Garantire il rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori;

OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI E AZIENDALI

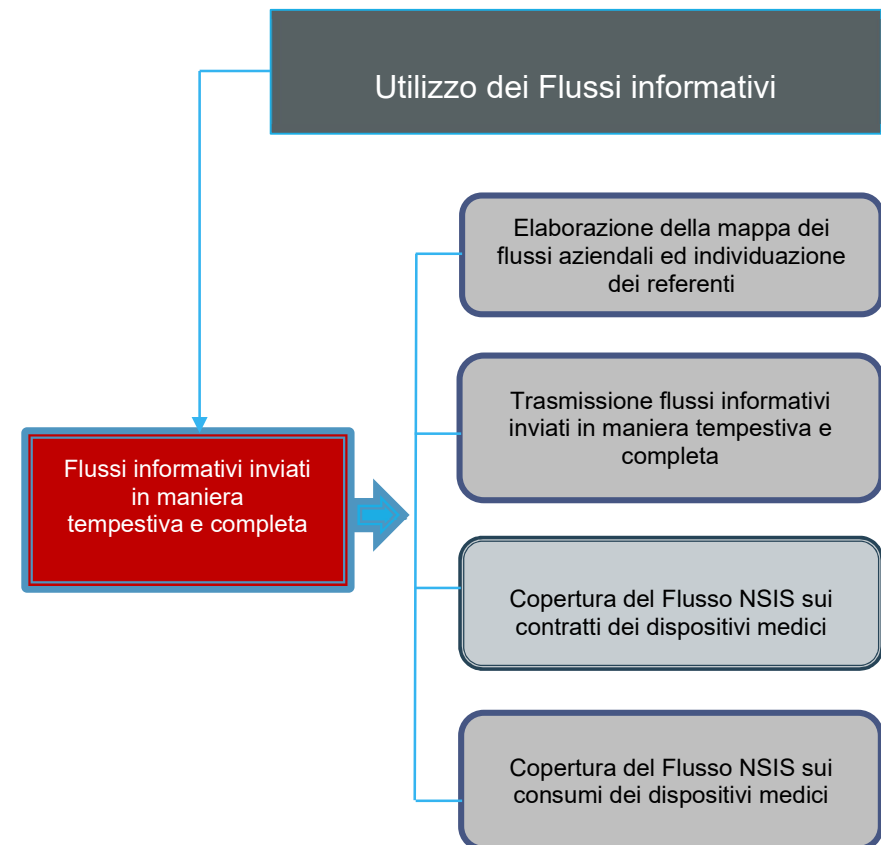
CURE PALLIATIVE



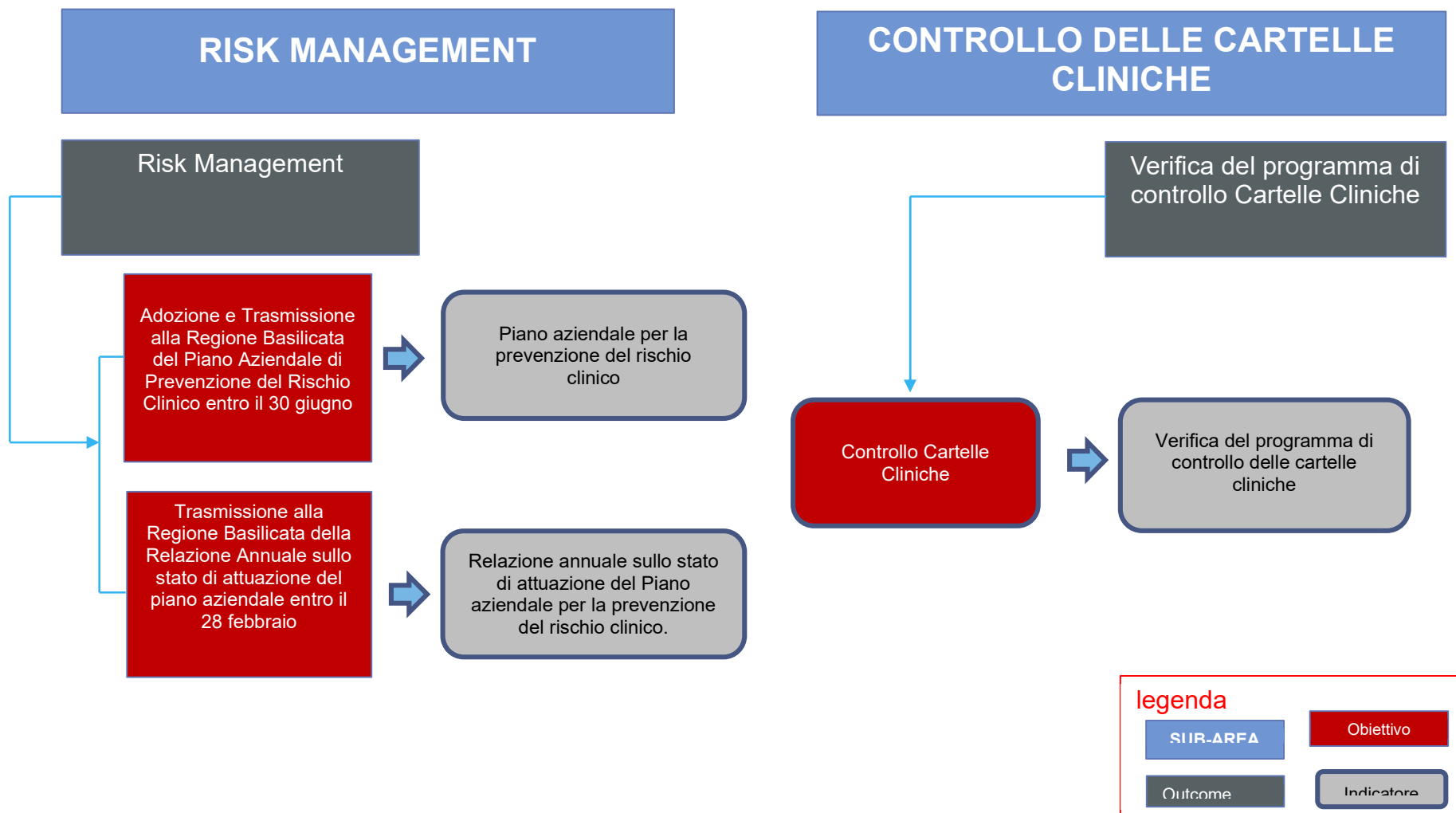
legenda



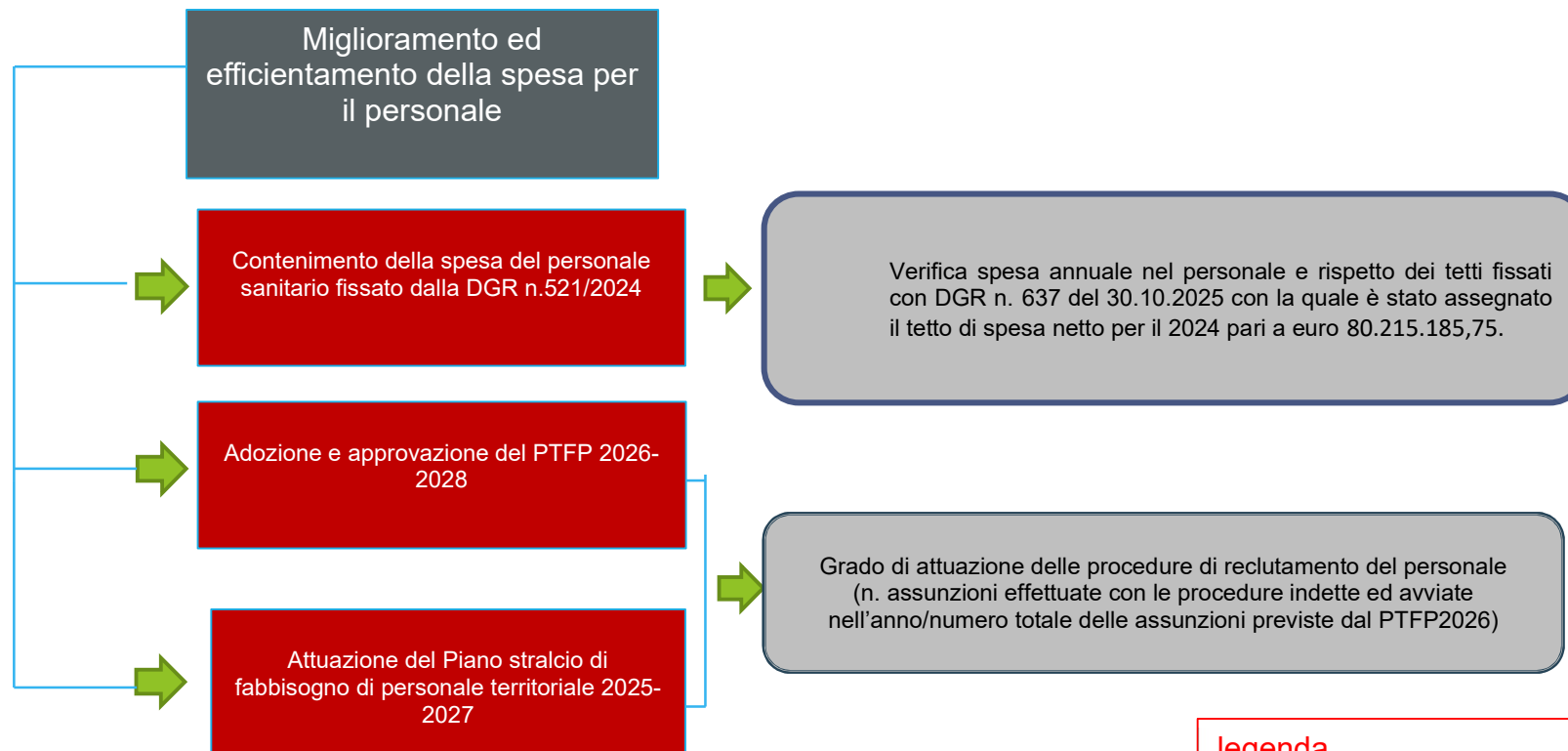
UTILIZZO DEI FLUSSI INFORMATIVI



OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI E AZIENDALI



MONITORAGGIO SPESA DEL PERSONALE SANITARIO



legenda

SUB-

Obiettivo
strategico

Out come

Indicatore

OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI E AZIENDALI

ATTUAZIONE ACCORDI INTEGRATIVI REGIONALI E CONSEGUENTI ACCORDI ATTUATIVI AZIENDALI

Gli AACCN per la medicina generale, specialistica ambulatoriale e per la pediatria di libera scelta, nonché gli AAIRR, stabiliscono la necessità che le AASS provvedano alla definizione degli accordi attuativi aziendali anche al fine di attuare i c.d. Programmi e progetti finalizzati i cui principi e criteri sono definiti nell'ambito della contrattazione nazionale e specificati a livello regionale.

L'effettiva programmazione aziendale risulta determinante per il servizio sanitario regionale, pertanto, l'obiettivo è finalizzato al monitoraggio della percentuale di utilizzazione del fondo di parte variabile.

COMUNICAZIONE ENTRO IL 31 GENNAIO DI OGNI ANNO DEI DATI PER LA PUBBLICAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI (RUOLO UNICO DI MMG E PLS) 2026-2028

L'ACN 04.04.2024 per la Medicina Generale, e l'ACN 25.07.2024 per i Pediatri di libera scelta, definiscono le modalità di pubblicazione delle località carenti.

La valutazione è negativa(no) se l'Azienda non ha comunicato nei tempi stabiliti dagli AACCN al fine di consentire la pubblicazione entro il 31 marzo di ogni anno. La valutazione è positiva (SI) se l'Azienda ha rispettato i termini.

DGR 324-661/2025

ATTUAZIONE PIANO STRAORDINARIO DI QUALIFICAZIONE DELLE COMPETENZE DEL PERSONALE SANITARIO

Con DGR 28/03/2025 N. 148 la Regione Basilicata ha approvato il Piano straordinario di qualificazione delle competenze del personale sanitario 2024/2026 che contiene le esigenze formative rappresentate dalle 4 aziende.

La valutazione è negativa (NO) se ciascuna azienda sanitaria non espleta almeno il 20% dei corsi indicati nel piano/catalogo di cui alla DGR 28/03/2025 N. 148 NELL'ANNO 2025 E ALMENO IL 40% NEGLI ANNI 2026-2027.

DGR 324-661/2025

OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI E AZIENDALI

SANITA' DIGITALE

Digitalizzazione e dematerializzazione

Realizzazione di una rete regionale di e-health/telemedicina per i servizi oncologici e di assistenza territoriali;

Grado di realizzazione delle azioni aziendali previste nel percorso regionale di una rete di e-health/telemedicina per i servizi oncologici e di assistenza territoriali

Garantire la piena attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico

Piena Attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico

Completare il processo di dematerializzazione clinico-medica e delle prescrizioni ambulatoriali e farmaceutiche

100% delle prescrizioni ambulatoriali e farmaceutiche dematerializzate

legenda

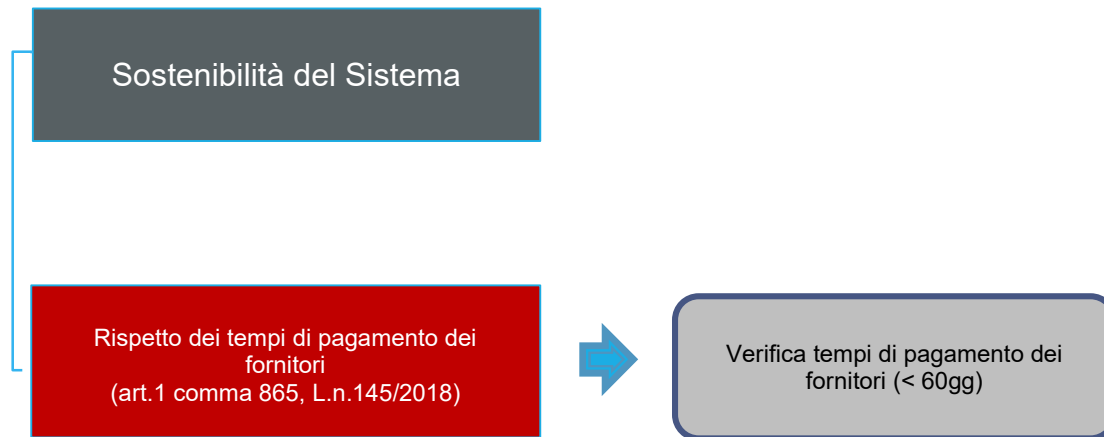
SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA



legenda

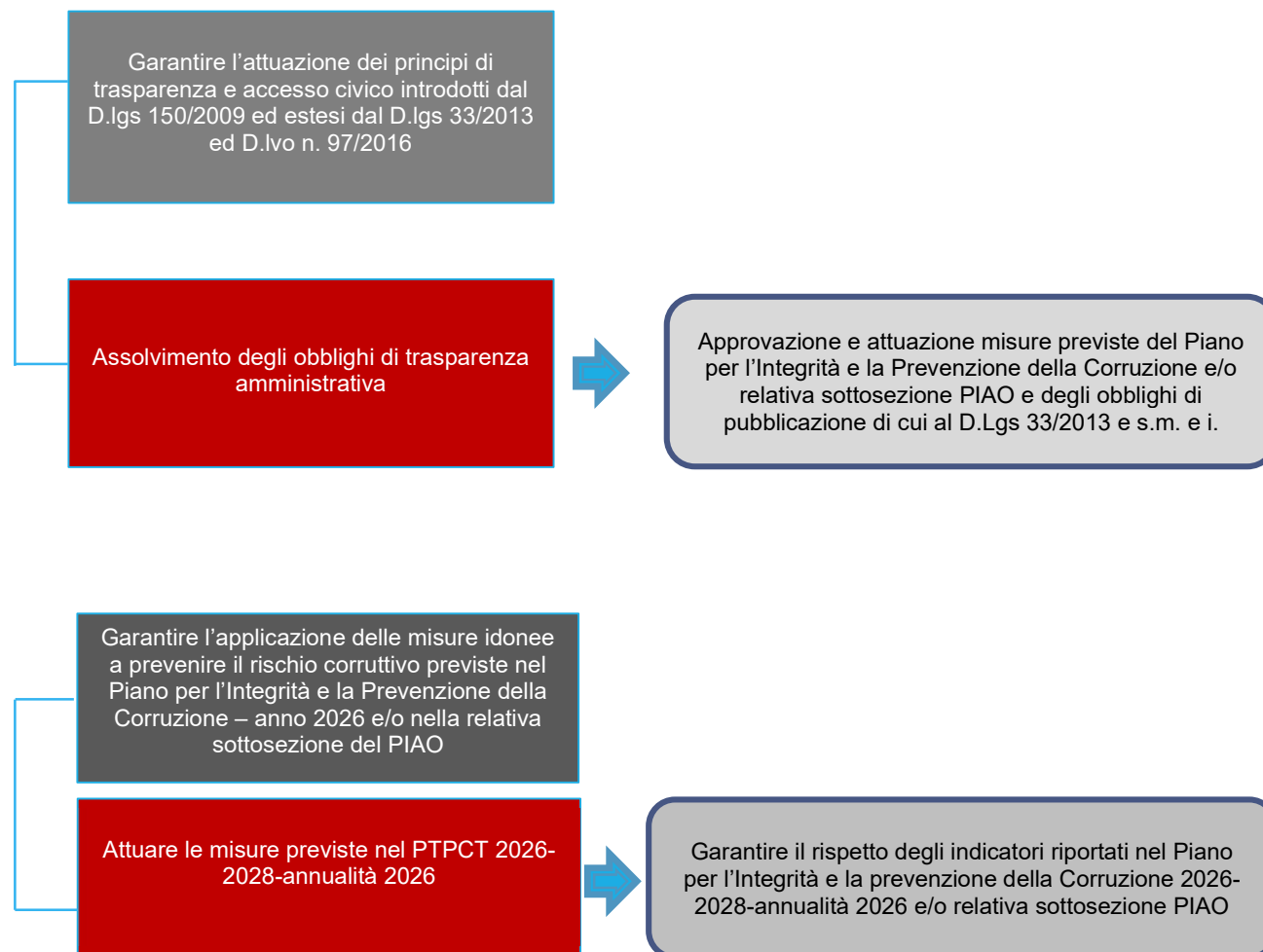
SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

EMPOWERMENT AZIENDALE



legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

Ciclo di gestione della Performance: il processo e le azioni di miglioramento del ciclo.

- Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del piano;
- Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio;
- Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance;
- Collegamento tra trasparenza, prevenzione della corruzione e performance;
- Collegamento tra Ciclo di P&C e Ciclo di gestione della Performance;
- Dalla Pianificazione Strategica alla Performance Organizzativa;
- Dalla Performance Organizzativa alla Performance Individuale;
- Prospettive: La valutazione partecipativa;
- Comunicazione del Piano della Performance.

Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione della sottosezione Performance

Nell'ASP di Potenza la Performance viene misurata a livello aziendale rispetto al raggiungimento degli obiettivi strategici complessivi aziendali (performance aziendale), principalmente derivati dagli obiettivi regionali sui quali viene valutata la Direzione Generale, a livello di singola Unità Operativa, individuata come centro di responsabilità (performance organizzativa) e a livello di singolo dipendente afferente all'area contrattuale sia della dirigenza che del comparto (performance individuale) secondo le procedure ed i criteri concordati con le Organizzazioni Sindacali, al fine dello sviluppo professionale e anche ai del riconoscimento della premialità. Il ciclo della Performance si sviluppa nelle fasi tipiche del ciclo di programmazione e controllo:

- Pianificazione e Programmazione: definizione e assegnazione degli obiettivi da raggiungere;
- Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse, integrandosi con il bilancio aziendale;
- Controllo: monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- Misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- Rendicontazione dei risultati;
- Utilizzo dei sistemi premianti.

Il Ciclo della Performance, quale processo aziendale, prevede quindi:

- ☐ La definizione e la negoziazione degli obiettivi strategici ed operativi che devono essere raggiunti dalle strutture aziendali con relativi indicatori e valori attesi, nonché la definizione e l'assegnazione degli obiettivi individuali da raggiungere da parte dei singoli professionisti (Sezione Performance del PIAO);
- ☐ Il monitoraggio nel corso dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget tramite l'analisi dell'andamento degli indicatori e degli scostamenti dai valori attesi degli indicatori stessi, con conseguente eventuale adozione di azioni correttive nonché eventuali valutazioni individuali infra-annuali (Monitoraggio infra-annuale della Performance);
- ☐ La misurazione e la valutazione a chiusura dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi sia delle strutture (Valutazione Performance Organizzativa) che dei singoli professionisti (Valutazione Performance Individuale) e correlata distribuzione degli incentivi.

La programmazione è il processo decisionale attraverso il quale vengono stabilite le attività che l'azienda dovrà svolgere annualmente per attuare le strategie definite per conseguire gli obiettivi fissati in sede di pianificazione. La programmazione annuale si realizza attraverso la definizione del Budget Operativo che rappresenta lo strumento che consente di tradurre i piani ed i programmi aziendali pluriennali, frutto della pianificazione, in obiettivi annuali, assegnati a specifici centri di responsabilità (C.d.R.). Con riferimento ai soggetti coinvolti per giungere alla definizione dei contenuti della sezione Performance, la U.O.C. Controllo di Gestione predispone la bozza del Piano sulla base degli indirizzi e delle indicazioni della Direzione Strategica e del Comitato di Budget, coinvolgendo diversi attori, quali la UOC Gestione delle Risorse Umane, la U.O.C. Economico Finanziaria, la UOSD Formazione, la UOSD Flussi Informativi, il CUG, la UOSD Prevenzione della Corruzione Trasparenza e URP.

Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione della performance

L'adozione della sezione Performance rappresenta il punto di partenza del Ciclo di gestione della Performance dell'ASP. Il documento è dinamico e, difatti, può essere aggiornato anche in corso d'anno, nell'ottica del miglioramento continuo della gestione delle performance, in maniera tale da definire eventuali nuovi obiettivi di salute e programmazione economico-finanziaria aziendali o adeguare gli obiettivi e i target già assegnati sulla base di nuovi obiettivi individuati in corso d'anno dalla Regione o delle evidenze emerse nel corso del monitoraggio infra annuale che impongano eventuali correttivi. Affinché la procedura del Ciclo di Gestione della Performance possa migliorare la sua attitudine a svolgere il ruolo di strumento di governo, di trasparenza e di responsabilizzazione sono state intraprese le seguenti azioni:

- è stato costituito l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) per garantire la correttezza e il regolare funzionamento del sistema di misurazione e valutazione della performance;
- è stato adottato il Manuale delle procedure operative della Pianificazione, Programmazione e controllo strategico, direzionale e operativo;
- è stato approvato il sistema di misurazione e valutazione della performance individuale delle aree dirigenziali. In tale direzione vanno anche le iniziative intraprese al fine di: completare il sistema informatico di contabilità mediante:
 - integrazione con SW di gestione del personale;
 - attivazione della funzionalità per l'esportazione automatica dei flussi LA e SP nel sistema NSIS; consolidamento del Sistema di Contabilità analitica per Centri di Costo;
 - acquisizione di un software per la gestione del processo di valutazione.

L'ASP ha concentrato i propri sforzi nella definizione del sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa, conseguendo un buon livello di armonizzazione tra il sistema di programmazione e quello operativo anche alla luce dei risultati aziendali di performance organizzativa e individuale conseguiti nell'ultimo triennio. Inoltre, la condivisione degli obiettivi di performance organizzativa tra Direzione Strategica e responsabili dei CdR, in sede di Comitato di budget e, a cascata, tra Direttori/dirigenti di UU.OO. che hanno negoziato il budget e il personale operante nelle strutture, consente di definire le linee di attività utili al raggiungimento di quanto negoziato dai dirigenti con la Direzione Strategica. L'altro versante in cui l'ente ha investito energie e risorse, riguarda il sistema di misurazione e valutazione della performance individuale, che agisce come leva organizzativa per la valorizzazione e la crescita professionale del personale anche in

un'ottica di miglioramento della performance. Infatti, con Delibera del Commissario n. 53 del 29/01/2018 è stato approvato il regolamento che definisce il "Nuovo sistema di misurazione e valutazione della performance individuale delle aree dirigenziali" quale strumento unitario atto a favorire il miglioramento continuo del contributo che ciascun dirigente apporta, attraverso la propria azione, al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'Azienda. Detto regolamento è stato definito coerentemente con quanto disposto dal D.lgs. 150 del 27 ottobre 2009 e dal D.lgs 141/2011 ed è conforme ai principi e criteri di cui alla Delibera della CiViT n. 104 del 2/09/2010, in particolare ai principi di imparzialità, celerità, puntualità, trasparenza dei criteri e dei risultati, adeguata informazione e partecipazione del valutato anche attraverso la comunicazione e il contraddittorio. Nella stesura del regolamento si è anche tenuto conto delle "Linee Guida sulla valutazione del personale in Regione Basilicata" predisposte dal Gruppo di Lavoro, composto da professionisti delle diverse aziende sanitarie regionali con il supporto dei docenti SDA Bocconi, nel corso dell'anno 2017. È in corso l'aggiornamento del sistema con l'adozione di un sistema organico di misurazione e valutazione che ricomprenda sia il personale dirigenziale che quello del comparto.

Si riporta, di seguito, il prospetto di sintesi dei principali documenti del ciclo di gestione della Performance:

DOCUMENTO	DATA DI APPROVAZIONE	DATA DI PUBBLICAZIONE	DATA DI ULTIMO AGGIORNAMENTO
Sistema Premiante: Approvazione Regolamento di budget e schema tipo della scheda di budget	DDG n.526 del 05/06/2009	5.06.2009	29.01.2018
Sistema Premiante: Approvazione regolamento aziendale per l'affidamento, valutazione e revoca degli incarichi dirigenziali	DDG n.836 del 11.8.2010	11.08.2010	29.01.2018
Sistema Premiante: Parziali modifiche ed integrazioni all'accordo sul sistema premiante (comparto).	DDG n.682 del 18.11.2013	18.11.2013	18.11.2013
Sistema di valutazione: Adozione delle schede di valutazione di 1ª istanza della performance individuale del personale dirigenziale	DDG n.783 del 27.12.2013	27.12.2013	29.01.2018
Sistema di valutazione: Regolamento aziendale per l'individuazione e la graduazione delle posizioni di Coordinamento ed il conferimento, la valutazione e la revoca degli incarichi di Coordinamento per il personale sanitario e tecnico (Assistenti Sociali) del comparto sanità.	DDG n. 783 del 17.11.2015 -	17.11.2015	04.11.2021
SMVP: Adozione Regolamento nuovo sistema di misurazione e valutazione della performance individuale delle aree dirigenziali".	D. Comm. n.53 del 29.1.2018	29.01.2018	29.01.2018
Sistema di valutazione: Approvazione regolamento aziendale per gli incarichi di funzione	DDG. n.680 del 04.11.2021	4.11.2021	4.11.2021
Regolamento per la valutazione della Dirigenza approvato con Deliberazione n.53/2018 - Art. 4- Procedure di Conciliazione - Nomina Collegio di Conciliazione -	DDG 223 28/03/2022	28/03/2002	28/03/2002
Gestione provvisoria budget economico anno 2025	DDG N. 1126/2024	23/12/2024	23/12/2024
Adozione Piano Integrativo di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2025 -2027 e provvedimenti conseguenti	DDG N. 62/2025	30/01/2025	30/01/2025

DOCUMENTO	DATA DI APPROVAZIONE	DATA DI PUBBLICAZIONE	DATA DI ULTIMO AGGIORNAMENTO
Budget operativo 2025. Provvedimenti	DDG N. 620/2025	17/07/2025	17/07/2025
Modifiche al PIAO 2025-2027 sez. Performance, a seguito dell'approvazione della DGR n.324/2025 e approvazione del budget operativo aziendale 2025	DDG N. 704/2025	22/08/2025	22/08/2025
Relazione annuale sulla Performance - anno 2023: Approvazione	DDG N. 870/2025	17/10/2025	17/10/2025
Budget operativo 2026. Provvedimenti.	DDG N. 1060/2025	13/12/2025	13/12/2025

Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

La definizione degli obiettivi nell'ambito della sezione Performance avviene in modo integrato con il processo di programmazione e di bilancio economico previsionale e pluriennale, attraverso:

- ☐ l'inclusione all'interno della sezione Performance degli obiettivi strategici declinati nella Relazione al Bilancio preventivo;
- ☐ l'attenzione a garantire il collegamento tra gli obiettivi strategici ed operativi della sezione e le risorse finanziarie aziendali e regionali, umane e strumentali, evitando incoerenza e disallineamento tra gli obiettivi previsti e le risorse utili al loro conseguimento. Elemento di particolare valore nella gestione del ciclo della performance è dato proprio dalla sua stretta integrazione col ciclo della programmazione economico-finanziaria e di bilancio anche al fine di correlare quanto prodotto in termini di impiego delle risorse con i relativi risultati raggiunti.

Il budget operativo è lo strumento con il quale, annualmente, vengono trasformati piani e programmi aziendali in specifici obiettivi articolati rispetto alla struttura delle responsabilità organizzative ed economiche interne.

Gli obiettivi in esso contenuti vengono definiti nel rispetto di quanto previsto dalla programmazione strategica ed annuale aziendale e regionale.

Gli obiettivi di budget sono riferiti alle risorse finanziarie, umane e strumentali gestite dall'Azienda e sono coerenti con la programmazione economico finanziaria. Gli indicatori di risultato previsti dalla metodica di budget consentono di misurare il contributo delle singole unità operative. La sintesi del percorso di negoziazione degli obiettivi rappresenta la base per la programmazione del bilancio, intesa come stima delle risorse necessarie a coprire il fabbisogno espresso.

Questo passaggio avviene attraverso la responsabilizzazione anche dei gestori di spesa, ossia i soggetti titolari del potere di acquisto in quanto competenti per linea di fattore produttivo. Ciò per garantire una coerenza di percorso fra le azioni richieste alle strutture aziendali e le risorse messe in campo dall'azienda per renderne possibile la realizzazione.

Il monitoraggio infra-annuale attivo su entrambe le dimensioni consente infine di mantenere questa coerenza nel corso del tempo verificando parallelamente il rispetto del raggiungimento degli

obiettivi di budget da parte delle strutture così come il rispetto dei budget di spesa da parte dei gestori di fabbisogno.

Coerenza della sottosezione Performance con la sottosezione Rischi corruttivi e Trasparenza

Il Sistema di misurazione e valutazione della Performance è anche strumento fondamentale attraverso cui trasparenza e prevenzione della corruzione si realizzano.

La corruzione trova terreno fertile nella scarsa qualità della burocrazia, in sistemi sanzionatori percepiti come inefficaci, nell'eccesso di norme ed oneri burocratici, nella scarsa diffusione della cultura della trasparenza nell'azione amministrativa.

E' necessario, perciò, che il Ciclo di gestione della Performance sia pienamente integrato con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione della corruzione.

Il Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT) individua, seguendo le indicazioni dell'aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione, gli obiettivi, da assegnare ai singoli uffici, così come riportati nel PTPCT vigente nell'anno di riferimento.

In tale ottica la Performance deve coordinarsi con la prevenzione della corruzione (art. 10, comma 1, lettera a) del D.Lgs. 27.10.2009, n. 150 e s.m.i.), in quanto è in tale documento che sono individuati, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi delle varie articolazioni organizzative, definendo gli elementi fondamentali su cui si imposterà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

Con riferimento alla metodologia utilizzata dall'Azienda ASP per la definizione degli obiettivi e la valutazione della performance organizzativa, gli obiettivi previsti per l'anticorruzione saranno declinati alle articolazioni aziendali Centro di Responsabilità come "adempimento", nel caso di mantenimento delle attività già in atto in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, ovvero come "obiettivo" nel caso di attività incrementalmente di sviluppo o di miglioramento della qualità della prestazione.

L'ASP già in sede di elaborazione dei precedenti documenti di Performance e di negoziazione dei budget operativi ha previsto obiettivi, indicatori e target per la valutazione della performance organizzativa e individuale dei dirigenti nel campo della prevenzione della corruzione e della promozione della trasparenza.

Nell'ottica della integrazione e coerenza dei predetti strumenti programmatici, richiamata anche nel Piano Nazionale Anticorruzione, nella presente sottosezione Performance sono stati previsti obiettivi, indicatori e target che trovano piena corrispondenza nelle principali misure di gestione del rischio corruttivo e di trasparenza.

Obiettivi correlati alla promozione delle pari opportunità sul lavoro all'interno dell'Azienda e recepiti nella sezione Performance

Il Piano delle Azioni Positive (PAP) 2026-2028, è stato elaborato dal C.U.G. in aggiornamento al contenuto del PAP 2024/2026 adottato con DDG 71 del 31/01/2024, previo parere positivo della Consigliera Regionale di Parità, definisce il programma di interventi che un'Azienda intende mettere in atto, nell'arco temporale di tre anni, per contribuire a realizzare un ambiente di lavoro

in cui siano garantiti l'applicazione dei principi di parità, pari opportunità, di non discriminazione e il benessere di chi lavora. Tali aspetti sono considerati ormai fondamentali per raggiungere livelli ottimali di produttività ed efficienza in una Pubblica Amministrazione ed in una Azienda Sanitaria si traducono in una migliore qualità dei servizi offerti alle persone nel rispondere ai loro bisogni di salute.

Si individuano di seguito gli obiettivi generali, e talora i sub obiettivi, le azioni da realizzare, i soggetti coinvolti, i tempi di realizzazione.

OBIETTIVO- Formazione e implementazione delle attività del C.U.G.	
AZIONI	1.Partecipazione delle/i componenti dei CUG ad eventi formativi s u l ruolo e compiti del C.U.G., sui temi della parità di genere e del benessere nel contesto lavorativo, sulle misure di inclusione e tutto quanto riguarda la promozione delle pari opportunità e contro ogni forma di discriminazione e/o violenza sui luoghi di lavoro, organizzati dalla Consigliera Regionale e Nazionale di Parità, dalla Rete Nazionale dei CUG e dalla Fondazione RIGEL;
	2. Informare il personale aziendale sulle attività del Comitato con diverse modalità: email, sito istituzionale, brochure informativa ecc.;
	3. Implementazione delle attività del C.U.G., attraverso l’assegnazione di un budget dedicato, ad oggi limitato al solo rimborso spese per la partecipazione delle/dei componenti ad eventi formativi e/o divulgativi
Soggetti coinvolti	Direzione Generale, Direzione Strategica, C.U.G., UOC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, U.O.S.D. Formazione, U.O.S.D. Comunicazione, Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, U.O.S.D. Responsabile della Trasparenza e del Sito Aziendale.
Tempi di realizzazione	2026/2028

OBIETTIVO Formazione e promozione dell’inclusione e della conciliazione/condivisione vita privata e familiare con vita lavorativa (L. n. 81/2017 e art. 14 della L. n. 124/2015 e successiva Direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri del 1° giugno 2017, L. n. 4/2021 di ratifica della convenzione ILO);	
AZIONI	1. Continuare l’attività formativa già intrapresa dall’Azienda nel corso del 2026 per la formazione obbligatoria del personale che opera in regime di lavoro agile;
	2. Potenziamento e promozione del ricorso al lavoro agile quale strumento di conciliazione tempi di vita e di lavoro, regolamentando in sede di Contrattazione Integrativa Aziendale le fattispecie e le modalità di applicazione, con il supporto del CUG;
	3 Introduzione di percorsi formativi di diversity management miranti alla sensibilizzazione e al sostegno alla disabilità;
	4. Incentivare la flessibilità oraria del personale impegnato nella cura di minori, disabili e anziani anche alla luce delle previsioni in materia di “Work life balance” di cui al D.Lgs.. n. 105/2022;
	5. Nel corso del 2025 sono state messe a disposizione del personale dipendente giornate di ferie e riposi solidali, come previsto dall’art. 24 D. Lgs. 14 settembre 2015, n. 151, raccolte in una banca ore dedicata, utilizzate dai dipendenti per prestare cure a figli minori disabili, e tuttora in disponibilità per ulteriori necessità e richieste
	6 Facilitare l’inserimento di persone fragili nel contesto lavorativo ed accrescerne l’autostima e la fiducia nelle proprie capacità;

OBIETTIVO Formazione e promozione dell'inclusione e della conciliazione/condivisione vita privata e familiare con vita lavorativa (L. n. 81/2017 e art. 14 della L. n. 124/2015 e successiva Direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri del 1° giugno 2017, L. n. 4/2021 di ratifica della convenzione ILO);	
	7. Promuovere la rivisitazione dei luoghi di lavoro con adeguamento degli spazi al fine di agevolare l'accessibilità e la socialità del suddetto personale
Soggetti coinvolti	Direzione Generale, Direzione Strategica, C.U.G., U.O.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, U.O.S.D. Comunicazione, U.O.S.D. Formazione, UOC Distretto della Salute, Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP).
Tempi di realizzazione	2026-2028

OBIETTIVO: Promozione della cultura di genere.	
SOTTOBIETTIVI	A. Valorizzare la differenza di genere;
	B. Sensibilizzare sul tema delle violenze, molestie e molestie sessuali
	C. Sensibilizzare e formare sul tema del contrasto alle discriminazioni di genere sui luoghi di lavoro.
AZIONI	1. Organizzare percorsi formativi rivolti a tutto il personale, anche di concerto con l'Ufficio della Consigliera Regionale di Parità, sulle discriminazioni di genere sui posti di lavoro;
	2. Introduzione di un modulo nei percorsi di formazione del personale sul Codice di condotta, sulle Pari opportunità e sul tema delle molestie sessuali;
	3. Alla luce degli episodi accaduti in contesti altamente sensibili, sono stati attivati nel corso dell'anno 2025 e si riproporranno periodicamente corsi "de-escalation", dedicati a professionisti sanitari che prestano attività di primo soccorso, guardia medica o che operano nei centri di Salute Mentale, Spazio Psichiatrico e Servizi per le dipendenze
	4 Si proporrà l'attivazione di corsi di formazione sulla comunicazione interpersonale e la gestione di situazioni di stress lavorativo;
	5. In seguito alle segnalazioni pervenute, anonime e non, di discriminazioni lavorative, non sempre legate al genere, si programmerà un corso su come riconoscere i segnali di mobbing, e a chi rivolgersi in caso di necessità;
	6. Adozione nella scrittura e nelle comunicazioni, interne ed esterne, di un linguaggio rispettoso della persona, allo scopo di valorizzare la diversità anche dal punto di vista lavorativo
Soggetti coinvolti	Direzione Generale, Direzione Strategica, CUG, UOC GRU, SPP, Medico Competente, UOC SIA, DSM e Ser.D
Tempi di realizzazione	2026-2028

OBIETTIVO: Promozione del benessere organizzativo e prevenzione dello stress lavoro correlato	
AZIONI	1 Dopo la somministrazione del questionario sul "Benessere lavorativo", chiuso il 30 novembre 2025 si procederà alla lettura dei dati raccolti avvalendosi della collaborazione della Dirigente Sociologa ASP Dott.ssa Cervellino, al fine di attuare una valutazione dei risultati acquisiti;

OBIETTIVO: Promozione del benessere organizzativo e prevenzione dello stress lavoro correlato	
	2. Organizzazione di un evento divulgativo, aperto al personale dipendente, in cui illustrare i dati raccolti e divulgare l'esito dell'indagine svolta, per far emergere eventuali punti di criticità e attivare una discussione partecipata sulle possibili soluzioni da adottare;
	3. Rendere periodica la rilevazione della salute fisica e psicoemotiva dei lavoratori.
Soggetti coinvolti	Direzione Generale, Direzione Strategica, CUG, UOC Gestione Risorse Umane, OIV, UOSD Comunicazione, UOC SIA, UOSD Responsabile Trasparenza e del sito aziendale, Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP).
Tempi di realizzazione	2026-2028

OBIETTIVO: Analisi della Organizzazione aziendale in funzione al genere.	
SOTTOBIETTIVI	A. Rispetto delle pari opportunità sul luogo di lavoro;
	B. Contrasto alle discriminazioni lavorative in particolare nelle progressioni di carriera;
	C. Contrasto alle molestie e molestie sessuali nei posti di lavoro
AZIONI	1. Analisi dei dati del personale dipendente in ottica di genere e d'età;
	2. Rilevazione di eventuali criticità rispetto alle differenze di genere, età e disabilità;
	3. Rilevazione di dati relativamente alla carriera e alla copertura di ruoli apicali distinti per genere;
	4. Adozione del Bilancio di genere;
	5. Prevedere procedure selettive che attribuiscono vantaggi specifici ovvero evitino o compensino svantaggi nelle carriere al genere meno rappresentativo, in applicazione del D.L. n. 36/2022;
	6. Promozione di processi tesi alla valorizzazione delle competenze e delle capacità lavorative avendo cura di motivare congruamente scelte che non valorizzino il genere meno rappresentativo non solo per rimuovere il "soffitto di cristallo" ma anche per prevenire il fenomeno del "pavimento appiccicoso".
Soggetti coinvolti	Direzione Generale, Direzione Strategica, CUG, UOC Gestione Risorse Umane; UOC Economico Finanziaria
Tempi di realizzazione	2026-2028

Le attività formative descritte aziendali saranno attivate con il coinvolgimento e il supporto tecnico-finanziario dell'UOSD Formazione ASP.

Quale misura trasversale a tutte quelle illustrate si auspica la diffusione della digitalizzazione come mezzo di inclusione e facilitazione dei processi

➤ Il processo di budget operativo

Gli obiettivi strategici, come riportati nella «Tabella degli outcome» allegata al presente Piano, danno origine a obiettivi aziendali annuali, garantendo il raccordo tra la pianificazione strategica e la programmazione annuale.

La programmazione è il processo decisionale attraverso il quale vengono stabilite le attività che l'azienda dovrà svolgere annualmente per attuare le strategie definite per conseguire gli obiettivi fissati in sede di pianificazione. La programmazione annuale si realizza attraverso il processo di Budgeting.

Il Budget operativo rappresenta lo strumento che consente di tradurre i piani ed i programmi aziendali pluriennali, frutto della pianificazione, in obiettivi annuali, assegnati a specifici centri di responsabilità (CdR.). Le risorse, gli obiettivi, gli indicatori per il monitoraggio e le soglie da raggiungere sono definiti nella scheda budget di ciascuna unità operativa e unità semplice dipartimentale, che verrà negoziata in appositi incontri che si tengono successivamente all'approvazione del Piano della Performance e che segnano l'avvio del processo di definizione del budget operativo.

Il Controllo di Gestione e il Comitato di Budget predispongono le schede di budget per CdR, anche sulla base dei risultati conseguiti nell'anno precedente. Le schede, oltre a recepire gli obiettivi e gli indicatori di cui all'allegato «*Tabella degli outcome*», espliciteranno gli ulteriori obiettivi che la Direzione riterrà utili al fine del pieno sviluppo delle attività aziendali.

Nelle schede di budget, ai fini della valutazione e misurazione dei risultati, si farà ricorso agli indicatori individuati annualmente dalla Giunta Regionale ed anche, qualora necessario, ad ulteriori indicatori che presentino i requisiti di pertinenza rispetto ai fenomeni da misurare, affidabilità, e fattibilità rispetto alla disponibilità dei dati necessari per il calcolo.

Alla fase di predisposizione delle schede di budget fa seguito la fase di negoziazione con i Responsabili dei Centri di Responsabilità (CdR). Il processo di budget si conclude con l'approvazione del Budget Operativo dei CdR nel quale si formalizzano l'attribuzione delle responsabilità di gestione e di risultato, mediante l'individuazione dei risultati da conseguire, delle attività da svolgere e delle risorse assegnate.

La scheda di budget dovrà essere condivisa con tutto il personale dirigente (non firmatario di scheda di budget), con le posizioni organizzative e con i titolari di Incarichi di coordinamento ai quali saranno assegnati, dal dirigente sovraordinato, gli obiettivi individuali che dovranno essere chiari, precisi e sintetici e, nella loro assegnazione, il responsabile del CdR dovrà tener conto dei compiti affidati al valutato, improntando l'assegnazione ai principi della partecipazione e della trasparenza.

Dalla Performance Organizzativa alla Performance Individuale

Al fine di orientare efficacemente l'operato dei collaboratori, il responsabile del CDR, in primo luogo, illustrerà ai propri collaboratori gli obiettivi di budget della struttura e, successivamente avvierà una discussione sufficientemente analitica sugli obiettivi individuali da raggiungere, affinché gli stessi siano il frutto di un confronto sul contenuto dell'obiettivo, sulle modalità attuative e sulle condizioni alle quali l'obiettivo si considera conseguito; dovranno essere comunicati anche i parametri di valori target negoziati espressi in termini numerici (assoluti o percentuali) intesi come valori tendenziali ottimali. Pertanto, nel caso in cui i già menzionati valori non fossero raggiunti al 100% il valutatore potrà considerare l'obiettivo parzialmente conseguito e applicare una decurtazione del relativo punteggio.

La Direzione aziendale potrà, nel corso dell'anno, rimodulare e/o integrare gli obiettivi di budget e i relativi indicatori qualora riconosca importanti, motivate e oggettive modificazioni di contesto che saranno tempestivamente comunicati al dirigente responsabile del CdR.

Nel corso dell'anno il Dirigente verificherà l'andamento della performance individuale (colloqui di check, riunioni di verifica, ecc.) del personale afferenti alla propria struttura.

Sempre in corso d'anno, il Controllo di Gestione, al fine di verificare l'andamento della performance di struttura, produrrà dei report di monitoraggio (almeno uno) che verranno condivisi con le unità operative.

Gli obiettivi che risultassero non conseguiti per motivate e oggettive modificazioni di contesto (es. disattivazione o ridimensionamento di servizi, guasti o dismissioni di attrezzature, ecc.) o, comunque, per cause non imputabili al valutato (es. mancato finanziamento di progetti), a giudizio del valutatore di I° istanza, ovvero obiettivi i cui risultati non sono misurabili, alla data di valutazione, attraverso i dati disponibili potranno essere stralciati dalla valutazione e il relativo punteggio assegnato in via figurativa al fine di non modificare i punteggi dei restanti obiettivi.

➤ La valutazione della performance

L'Azienda ASP, come tutte le amministrazioni pubbliche, valuta annualmente la performance organizzativa e individuale alla luce delle regole fissate nel "Sistema di misurazione e valutazione della performance". Essa, come previsto dall'art. 18 del decreto legislativo n. 150/2009 e s.m e i., promuove il merito e il miglioramento della performance organizzativa e individuale, anche attraverso l'utilizzo di sistemi premianti, secondo logiche meritocratiche, e valorizza il proprio personale, attraverso l'attribuzione selettiva di incentivi economici a coloro che conseguono le migliori performance. La valutazione della performance organizzativa avviene in due momenti distinti:

- il primo riguarda le singole unità organizzative dell'Azienda ASP, che saranno valutate in ordine al livello di raggiungimento degli obiettivi di budget loro assegnati.
- il secondo riguarda la valutazione complessiva dell'Azienda che sarà fatta dalla Giunta regionale in ragione del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati annualmente ai Direttori Generali. La valutazione della performance individuale riguarda tutti i dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato. Ha periodicità annuale ed è il presupposto per l'erogazione della retribuzione di risultato e dei premi correlati alla performance, rispettivamente al personale dirigenziale ed al personale del comparto. La valutazione della performance individuale è di responsabilità del superiore gerarchico e viene effettuata attraverso apposite schede individuali, differenti per il personale della dirigenza e del comparto. Lo sviluppo di un set di misure di output e di processo in ambito amministrativo, costituiscono un'area di interesse e di innovazione per il servizio sanitario pubblico, per il quale, storicamente, sono state sviluppate misure per le attività sanitarie. La correlazione tra gli obiettivi definiti nelle schede di budget ed il sistema premiante viene garantita dalla pesatura degli obiettivi, il cui raggiungimento incide sulla valutazione del direttore di unità operativa e del responsabile di unità semplice dipartimentale e su ciascun dipendente afferente a ciascuna di essa.

Gli altri fattori oggetto di valutazione, relativi al personale dirigenziale e distinti a seconda di incarichi che prevedano o meno la gestione di risorse, riguardano oltre alla partecipazione individuale al raggiungimento degli obiettivi di budget, l'efficacia dei modelli gestionali adottati, le capacità manageriali e/o professionali, l'osservanza dell'orario di lavoro e delle direttive, la gestione e valutazione del personale, il rispetto del processo di valutazione ed il rapporto con l'utenza.

A garanzia del regolare svolgimento del ciclo della performance, l'O.I. V sarà informato in ogni fase, dall'assegnazione al monitoraggio e alla valutazione.

I fattori di valutazione per il personale del comparto, differenziati tra dipendenti titolari di incarichi di funzione e di coordinamento e dipendenti non titolari, riguarderanno oltre alla partecipazione individuale al raggiungimento degli obiettivi di budget, le competenze e i comportamenti professionali, i comportamenti organizzativi e le capacità relazionali.

Il direttore compila, quindi, le schede di valutazione finale, determinando il punteggio di realizzazione di ciascun ambito di valutazione. Le schede di valutazione devono essere sottoscritte dal valutatore di I^a istanza e, per presa visione del contenuto, dal valutato.

I soggetti valutatori sono differenti a seconda che i dipendenti rivestano profili dirigenziali o meno, in particolare:

- i Direttori di Struttura complessa ed i responsabili di unità operative semplici Dipartimentali vengono valutati dal Direttore di Dipartimento di riferimento;
- i responsabili delle Unità Operative Semplici, articolazione interna di UOC, sono valutati dal direttore della Struttura Complessa di riferimento;
- i dirigenti con incarico professionale e senza incarico sono valutati dal direttore della Struttura Complessa, della Struttura Semplice dipartimentale e della Struttura Semplice di riferimento;
- il personale del comparto viene valutato dal direttore della Struttura Complessa, della Struttura Semplice dipartimentale e della Struttura Semplice di riferimento. In caso di mancanza, la valutazione viene effettuata dal Direttore di Dipartimento di riferimento.
- la valutazione positiva consentirà l'erogazione della retribuzione di risultato per il personale dirigente o dei premi correlati alla performance per il personale del comparto.

➤ Comunicazione della Performance

La comunicazione della Sottosezione Performance annualità 2026 segue le seguenti modalità:

- Avviso Consultazione preventiva per l'aggiornamento della Sezione Performance (PIAO 2026-2028) e pubblicazione sul sito internet aziendale in data 19/01/2026 con scadenza 29/01/2026. Tutti coloro che hanno interesse, in particolare i cittadini, le associazioni dei consumatori e le altre realtà che operano nel territorio della provincia di Potenza e sono rappresentative di interessi specifici, sono stati invitati dalla Direzione Strategica aziendale ad inviare osservazioni e/o proposte da sottoporre al vaglio del Controllo di Gestione aziendale al fine di poterne tener conto in sede di predisposizione del presente Piano.

➤ Monitoraggio

Il monitoraggio della sezione Performance viene effettuato secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1 lett. b del decreto legislativo n. 150 del 27/10/2009, con la redazione da parte del Controllo di Gestione dei rapporti infra annuali e della Relazione sulla Performance che a sua volta viene validata dall'O.I.V.

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

Sezione prevenzione della corruzione e trasparenza dell'Azienda Sanitaria di Potenza

La presente sottosezione rimodula, per il triennio 2026-2028, i contenuti del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'Azienda Sanitaria di Potenza (Sezione **2.3 Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO**) e, nel quadro normativo delineato dalla **Legge 190/2012** e con le successive evoluzioni introdotte dal legislatore e dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), recepisce integralmente gli indirizzi contenuti nel nuovo **Piano Nazionale Anticorruzione 2025**, approvato dal Consiglio ANAC nella seduta del **12 novembre 2025**, nonché le seguenti disposizioni:

- il **Piano Nazionale Anticorruzione Aggiornamento 2024 PNA 2022 di cui alla Delibera ANAC n. 31 del 30 gennaio 2025** e il documento **“Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022”**;
- **Indicazioni ANAC del 23 luglio 2025** per la predisposizione della Sottosezione **“Rischi corruttivi e trasparenza”**;
- le **Linee Guida 2025 sul PIAO** e il **Manuale Operativo 2025 del Dipartimento Funzione Pubblica**, che definiscono la logica integrata e l'approccio orientato al valore pubblico (VP);
- **D. Lgs. 24 del 10/03/2023** attuativo della Direttiva Whistleblowing.

La sottosezione è stata elaborata tenendo conto dell'evoluzione del contesto esterno e interno in cui l'Amministrazione opera, degli esiti delle attività poste in essere nel precedente periodo di applicazione, nonché delle attività istruttorie poste in essere dal RPCT.

La **“Relazione annuale ASP 2025”**, pubblicata sul sito aziendale nella sezione **“Prevenzione della Corruzione”**, ha rendicontato le attività svolte e i risultati conseguiti nell'anno 2025 e rappresenta il punto di partenza della architettura della presente Sezione.

In coerenza con il nuovo impianto strategico delineato da ANAC, la prevenzione della corruzione è considerata non solo come strumento di contrasto ai fenomeni di *maladministration*, ma come **leva diretta di creazione e protezione del Valore Pubblico**, integrata con la performance, l'organizzazione, la gestione delle risorse umane, la digitalizzazione e i processi di innovazione.

La presente Sottosezione recepisce gli orientamenti definiti dall'ANAC per la definizione delle attività volte alla definizione della strategia anticorruzione 2026-2028 adeguandoli alla propria missione strategica, all'organizzazione, e ai propri principi e valori ispiratori e comprende:

1. **Gli Obiettivi Strategici**;
2. **Anagrafica**;
3. **Analisi del contesto esterno**, finalizzata a valutare gli elementi culturali, socio-economici e istituzionali del territorio di riferimento che possono incidere sull'esposizione al rischio corruttivo;

4. **Analisi del contesto interno**, con particolare attenzione alla struttura organizzativa, ai processi decisionali, ai sistemi di controllo interno, all’assetto delle responsabilità e ai fattori che possono aumentare o ridurre il livello di rischio;
Si rinvia alla Sottosezione PIAO 3.1 “Organizzazione e capitale umano” per la descrizione nel dettaglio della struttura organizzativa e delle risorse umane. In tale sottosezione si procede all’analisi di:
- I. **Attori del sistema di prevenzione del rischio corruzione;**
 - II. **Mappatura unica e integrata dei processi**, in coerenza con gli obiettivi della linea strategica ANAC 2026-2028, con individuazione dei processi sensibili, dei punti di vulnerabilità e delle connessioni con gli obiettivi di performance e di valore pubblico e **identificazione, valutazione e ponderazione dei rischi corruttivi**, secondo la metodologia prevista dal PNA 2022 e PNA 2025, orientata all’integrazione con la programmazione strategica e alla protezione dei risultati attesi.
5. **Progettazione e programmazione delle misure di prevenzione generali e specifiche**, con priorità attribuita alle misure organizzative, digitali e procedurali che garantiscano efficacia, semplicità, proporzionalità e sostenibilità e **monitoraggio sull’attuazione e sull’adeguatezza delle misure**, con definizione degli indicatori di risultato.
6. **Programmazione degli obblighi di trasparenza e del relativo monitoraggio**, in conformità al d.lgs. n. 33/2013.

I. 1 Obiettivi Strategici

Gli obiettivi strategici di anticorruzione e trasparenza della Sottosezione 2.3 del PIAO 2026-2028 dell'ASP recepiscono le **Linee Strategiche ANAC** e si inseriscono nel più ampio quadro di riforma delineato dal **PNA 2025**, che considera la prevenzione della corruzione come leva di creazione e protezione del Valore Pubblico inteso come efficiente ed efficace raggiungimento delle finalità pubbliche dell'ente. Tali obiettivi, pur mantenendo una valenza autonoma, si coordinano con quelli delle altre sezioni del PIAO e sono programmati alla luce delle proprie esigenze organizzative e con la specificità del sistema sanitario regionale, nonché degli esiti dell'attività di monitoraggio.

a) Trasparenza, accessibilità e qualità delle informazioni

Obiettivo strategico: incrementare in modo strutturale la trasparenza e l'accessibilità dei dati pubblicati nella sezione *Amministrazione Trasparente*, assicurando conformità alle Linee Guida ANAC e ai criteri di accessibilità per le persone con disabilità.

Principali direttrici:

- verifica della struttura e dell'albero logico della sezione;
- riallineamento progressivo dei contenuti alle regole tecniche di accessibilità e inclusione;
- adeguamento agli schemi di pubblicazione previsti da ANAC per spese, pagamenti, organizzazione, controlli;
- miglioramento continuo della fruibilità dei dati e della loro leggibilità esterna.

b) Integrazione tra prevenzione della corruzione, performance, organizzazione e valore pubblico

Obiettivo strategico: creare una mappatura unica e integrata dei processi a rischio, allineata alle altre componenti del PIAO (performance, personale, organizzazione, lavoro agile).

Principali direttrici:

- aggiornamento della **mappatura integrata dei processi**, comprendente aree obbligatorie e aree specifiche dei servizi sanitari;
- collegamento tra rischi corruttivi, obiettivi di performance e obiettivi di valore pubblico;
- formalizzazione del coordinamento tra RPCT, Direzione Strategica, OIV, UOC competenti, ICT e referenti delle strutture;
- adozione di indicatori integrati tra anticorruzione, trasparenza e performance.

c) Rafforzamento dei controlli sugli incarichi pubblici e sull'applicazione del d.lgs. 39/2013

Obiettivo strategico: garantire correttezza, tracciabilità e trasparenza nella conferma e nella gestione degli incarichi, con particolare riferimento a inconferibilità, incompatibilità e conflitti d'interesse.

Principali direttrici:

- adeguamento ai modelli standardizzati ANAC relativi alle dichiarazioni ex art. 20, co. 3, d.lgs. 39/2013;
- revisione interna dei modelli e procedure;
- aumento progressivo dei controlli a campione sugli incarichi conferiti;

- rafforzamento delle misure di gestione dei conflitti d'interesse, inclusi quelli propri del settore sanitario.

d) Rafforzamento del sistema whistleblowing

Obiettivo strategico: allineare i canali di segnalazione interna alle nuove Linee Guida ANAC e al d.lgs. 24/2023, garantendo protezione del segnalante, efficienza e riservatezza.

Principali direttrici:

- campagne annuali di sensibilizzazione e comunicazione interna;
- formazione specifica per RPCT, gestori delle segnalazioni e altri attori chiave;
- coinvolgimento progressivo degli stakeholder interni per favorire un clima organizzativo sano e collaborativo.

e) Miglioramento dell'organizzazione dei flussi informativi interni ed esterni

Obiettivo strategico: potenziare i flussi di comunicazione amministrativa, affinché siano tempestivi, completi e orientati alla trasparenza.

Principali direttrici:

- creazione di tavoli tecnici e gruppi di lavoro dedicati alla compliance anticorruzione, trasparenza e privacy;
- miglioramento della qualità delle informazioni in ingresso dai servizi e delle verifiche istruttorie;
- standardizzazione dei flussi verso Amministrazione Trasparente e di accesso civico;
- maggiore collaborazione tra Direzioni, UOC e distretti nel garantire dati corretti e aggiornati.

f) Formazione continua e cultura dell'integrità

Obiettivo strategico: promuovere la cultura della legalità, della sicurezza pubblica e del valore pubblico tramite formazione continua, mirata e obbligatoria.

Principali direttrici:

- programmi formativi annuali su anticorruzione, trasparenza, conflitti di interesse, whistleblowing, inconferibilità/incompatibilità;
- formazione specifica per assicurare il corretto bilanciamento **privacy-trasparenza**;
- campagne interne per la promozione di comportamenti etici e di fiducia tra dipendenti e stakeholder.

g) Promozione delle relazioni etiche e del rapporto con l'utenza e gli stakeholder

Obiettivo strategico: incremento dei livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni, per i soggetti sia interni che esterni.

Principali direttrici:

- misure per il miglioramento della qualità dei rapporti tra operatori sanitari, amministrativi e cittadini;
- iniziative per il coinvolgimento degli stakeholder nelle strategie di prevenzione della corruzione;
- sviluppo di canali digitali e modalità innovative di partecipazione;
- implementazione del sistema di valutazione della soddisfazione degli utenti.

II - 2 ANAGRAFICA

Per tutti gli elementi anagrafici, organizzativi e strutturali dell'Azienda, si rinvia alla Sezione "Anagrafica dell'Amministrazione" del presente PIAO, che costituisce la fonte ufficiale e completa delle informazioni relative alla dotazione organica, alla struttura organizzativa, agli organi di indirizzo, ai responsabili di funzione e ai dati istituzionali dell'ASP.

Ai fini della presente Sottosezione "Rischi corruttivi e Trasparenza", sono riportati di seguito esclusivamente i dati riferiti al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT).

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

- Nome e cognome: Nadia Guglielmo
- Struttura: U.O.S.D. Prevenzione della Corruzione, Trasparenza e URP
- Atto di nomina: Deliberazione n. 277 del 24/03/2025
- responsabile.trasparenza@aspbasilicata.it
- pec: rpct_urp@pec.aspbasilicata.it

3 - ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO

L'analisi del contesto esterno definisce le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale l'ASP opera che potrebbero favorire/agevolare il verificarsi di fenomeni corruttivi e, al tempo stesso, condizionare la valutazione del rischio e il monitoraggio dell'idoneità delle misure di prevenzione.

L'analisi del contesto non costituisce, infatti, un adempimento di natura meramente programmatica, bensì integra un'attività anche dinamica, da calibrare in ragione delle peculiarità dell'assetto organizzativo e della mission istituzionale dell'amministrazione.¹

Sono elementi rilevanti del contesto esterno: caratteristiche culturali, sociali ed economiche del territorio; processi rilevanti afferenti a specifici settori di intervento comunale; individuazione degli stakeholder e degli aspetti per i quali essi, o alcuno di essi in forma singola o associata, possano incidere o influenzare l'attività dell'ente.

La disamina delle principali dinamiche territoriali o settoriali e influenze o pressioni di interessi esterni cui l'amministrazione può essere sottoposta **costituisce un passaggio essenziale** nel valutare se, e in che misura, il contesto, territoriale o settoriale, di riferimento incida sul rischio corruttivo e conseguentemente nell'elaborare una strategia di gestione del rischio adeguata e puntuale.

¹ Delibera numero 769 del 07 ottobre 2020 - www.anticorruzione.it

In base all'allegato metodologico del PNA 2019 dal punto di vista operativo, l'analisi del contesto esterno è riconducibile sostanzialmente a due tipologie di attività:

- **in un'attività di acquisizione di dati** rilevanti rispetto alle caratteristiche del territorio di riferimento del comune;
- **nella interpretazione dei dati acquisiti** in termini di rischio corruttivo rispetto alla propria amministrazione.

Secondo l'ultima **Relazione DIA 2024** (1°-2° semestre)², la Basilicata e, in particolare, la provincia di Potenza, il territorio di competenza dell'Asp, è caratterizzata da un'economia relativamente debole le cui potenzialità, legate alla posizione geografica, alle risorse naturali, alimentano gli interessi delle consorterie criminali soprattutto delle regioni limitrofe.

In particolare, i principali settori portanti dell'economia nell'area sono: il settore energetico grazie alla produzione di idrocarburi, il comparto agroalimentare e l'industria automobilistica tramite il polo della Zona Industriale di San Nicola di Melfi che sta attraversando una fase di grande criticità.

Come evidenziato nell'ultimo rapporto della Banca d'Italia, l'economia della Basilicata, dopo la lieve crescita dell'anno precedente, nel 2024 ha ristagnato, risentendo in particolare della debolezza dell'attrattività nell'industria.

Secondo le stime dell'indicatore trimestrale dell'economia regionale (ITER) sviluppato dalla Banca d'Italia, l'attività economica si è ridotta dello 0,2 per cento a prezzi costanti, a fronte dell'incremento contenuto registrato nel Mezzogiorno e in Italia (rispettivamente 0,9 e 0,7 per cento); l'indebolimento è ascrivibile specialmente alla contrazione osservata nella seconda parte dell'anno.³

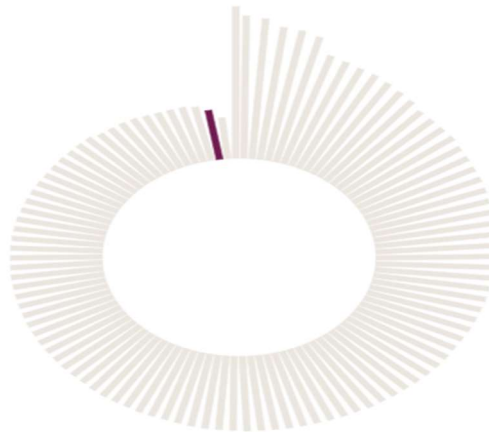
In ultimo è opportuno prendere atto che, secondo l'elaborazione effettuata nel 2025 da "Il Sole 24 Ore", sulla base dei dati del Dipartimento della Pubblica Sicurezza del Ministero dell'interno, **Potenza si conferma tra le province più sicure d'Italia, collocandosi al penultimo posto su 106.**

² Relazioni Semestrali – DIREZIONE INVESTIGATIVA ANTIMAFIA

³ Banca d'Italia EUROSISTEMA - Economie regionali: Rapporto annuale, l'economia della Basilicata, 17/06/2025.

RANK **105°** Classifica finale **Potenza** DENUNCE/100MILA AB. **1.983,0**

La classifica delle province. Scegli la graduatoria (finale sul totale delitti denunciati e per tipologia di reato) in rapporto alla popolazione residente. Dati relativi all'anno precedente.



RANK **105°** Classifica finale **Potenza** DENUNCE/100MILA AB. **1.983,0** DENUNCE TOTALI **6.758**

Scegli la provincia per visualizzare i suoi piazzamenti (rank e var. annua) nelle classifiche (finale sul totale dei delitti e per tipologia di reato). Dati ogni 100mila abitanti e totale denunce, relativi all'anno precedente

RANK	INDICATORE	DENUNCE SU 100MILA AB.	TOTALE DENUNCE
58° ▼	Sfruttamento della prostituzione e pornografia minorile	1,8	6
91° ▲	Lesioni dolose	87,7	299
99° ▼	Danneggiamenti	235,0	801
4° ▼	Incendi	44,3	151
> 105° ▲	Furti	429,3	1.463
> 103° ▲	Rapine	6,7	23
> 88° ▲	Stupefacenti	29,9	102
103° =	Truffe e frodi informatiche	294,0	1.002
97° ▲	Estorsioni	12,9	44
18° ▼	Danneggiamento seguito da incendio	25,5	87
76° =	Contrabbando	0,0	0
90° ▲	Usura	0,0	0

I dati fotografano i delitti segnalati all'autorità giudiziaria dalle Forze di Polizia (Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri, Guardia di Finanza, Corpo Forestale dello Stato, Polizia Penitenziaria, DIA, Polizia Municipale, Polizia Provinciale, Guardia Costiera). Per elaborare le classifiche provinciali il numero

di reati segnalati è stato rapportati alla popolazione residente (Istat al 1 gennaio 2025). I dati relativi al primo semestre 2025 non sono consolidati.⁴

4 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO DI RIFERIMENTO

I - GLI ATTORI DEL SISTEMA DI PREVENZIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE

1 - Il Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, partecipa attivamente sia alla fase di individuazione delle misure di gestione del rischio sia alla fase di attuazione delle misure. Il pieno coinvolgimento della Direzione Strategica è imprescindibile stante il carattere organizzativo di dette misure, la cui attuazione non può non avere un forte impatto sull'organizzazione aziendale.

Il Direttore Generale garantisce che il RPCT partecipi a corsi di aggiornamento annuali di alto livello formativo.

In considerazione, inoltre, della complessità dei compiti derivanti dalla normativa in materia, il Direttore Generale dispone l'assegnazione al RPCT di risorse professionali adeguate, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, da formare sistematicamente al fine di fornire un efficace supporto al RPCT nello svolgimento delle sue molteplici funzioni.

Dal 2024 l'ASP ha accorpato le funzioni di RPC e RDT in un'unica figura istituzionale (RPCT), rendendo possibili maggiori sinergie in ordine all'attuazione delle attività afferenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza.

Al Direttore Generale compete la nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (ai sensi dell'art. 1, comma 7 della L. 190/2012), e l'adozione, entro il 31 gennaio di ogni anno, del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (in applicazione dell'art. 1, comma 5 della L. 190/2012) ormai sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO.

2 - Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza - RPCT

L'art. 1, comma 7, L. n. 190/2012, così come novellato dall'art. 41, lett. f), del D. Lgs. n. 97/2016, prescrive che *“l'organo di indirizzo politico individua, di norma tra i dirigenti amministrativi di ruolo di prima fascia in servizio, il responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività”*.

⁴ [Indice della criminalità 2025 provincia per provincia](#) | Il Sole 24 ORE

Tuttavia, l'ANAC ha fornito chiarimenti in relazione all'art. 1, co. 7, l. n. 190/2012 - PNA 2019, Parte IV, Premessa - delibera ANAC n. 1310/2016, Parte Prima, § 2, specificando che *“Il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC), di norma, anche la funzione di Responsabile della trasparenza (RT). È possibile mantenere separate le due figure solo laddove esistano obiettive difficoltà organizzative (da motivare nei provvedimenti di nomina) tali da giustificare la distinta attribuzione dei due ruoli. Ad esempio, in organizzazioni particolarmente complesse ed estese sul territorio, e al solo fine di facilitare l'applicazione effettiva e sostanziale della disciplina sull'anticorruzione e sulla trasparenza. È comunque necessario che le amministrazioni chiariscano espressamente le motivazioni di questa eventuale scelta nei provvedimenti di nomina del RPC e RT e garantiscano il coordinamento delle attività svolte dai due responsabili, anche attraverso un adeguato supporto organizzativo”*.

COMPITI DEL RPCT

1. predispone – in via esclusiva – il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (attuale sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO) e lo sottopone all'Organo di indirizzo per la necessaria approvazione (art 1, co. 8, l. 190/2012);
2. segnala all'organo di indirizzo e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) le “disfunzioni” inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indichi agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza (art 1, co. 7, l. 190/2012);
3. è chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano, con particolare riguardo alle attività ivi individuate, per le quali il Piano medesimo deve prevedere «obblighi di informazione nei confronti del RPCT (art. 1 co. 9, lett. c), l.190/2012);
4. verifica l'efficace attuazione del PTPC e la sua idoneità e propone modifiche dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione. Gli esiti delle attività poste in essere dall'RPCT, tra cui i risultati conseguiti nell'attuazione delle misure di prevenzione definite nella specifica sezione del PIAO, sono resi noti mediante la Relazione annuale pubblicare sul portale istituzionale dell'Azienda (art 1, co. 10, l. 190/2012);
5. verifica, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti ai reati di corruzione (art 1, co. 10, l. 190/2012);
6. definisce le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nelle aree a rischio corruzione (art 1, co. 10, l. 190/2012);
7. redige e trasmette all'organismo indipendente di valutazione e all'organo di indirizzo dell'amministrazione una relazione recante i risultati dell'attività svolta e la pubblica nel sito web dell'amministrazione. Nei casi in cui l'organo di indirizzo lo richieda o qualora il dirigente responsabile lo ritenga opportuno, quest'ultimo riferisce sull'attività. (art. 1, co. 14, l. 190/2012);
8. svolge stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato

adempimento degli obblighi di pubblicazione segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, all'ufficio di disciplina, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare e, segnala altresì, gli inadempimenti al vertice politico dell'amministrazione, all'OIV ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità (art. 43, d.lgs. 33/2013);

9. Il RPCT, nell'approntare la sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, programma, altresì:
 - le attività necessarie ad assicurare l'osservanza delle disposizioni in tema di trasparenza, definendo una specifica sezione preordinata ad organizzare l'individuazione/elaborazione, - la trasmissione e la pubblicazione dei flussi informativi nonché, il sistema di monitoraggio sull'attuazione degli stessi;
 - i controlli sulla effettiva pubblicazione dei dati, così come stabilito dalla normativa vigente in materia nonché, il monitoraggio sulla "qualità" degli stessi.
10. cura le istanze di accesso civico semplice e riceve e tratta le richieste di riesame afferenti all'accesso civico generalizzato; decide sulle istanze di riesame di casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato al comma 6, con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni (art. 5, comma 7, D. Lgs.n. 33/2013);
11. nel caso in cui la richiesta di accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, il RPCT ha l'obbligo di effettuare la segnalazione all'Ufficio di disciplina di cui all'art.43, comma 5 del d.lgs. 33/2013 (art. 5, co. 10, d.lgs. 33/2013);
12. cura la diffusione della conoscenza dei Codici di comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale della loro attuazione, la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione all'ANAC dei risultati del monitoraggio (art. 15, co. 3 del d.P.R. 16 aprile 2013 n. 62);
13. gestisce le segnalazioni in materia di Whistleblowing, in aderenza alle previsioni di cui al d.lgs. n. 24 del 10 marzo 2023;
14. ha compiti di vigilanza in ambito di *Pantouflage*, essendo chiamato a verificare la corretta realizzazione delle relative misure di prevenzione (53, co. 16-ter, d.lgs. n. 165/2001).

I RAPPORTI CON LA DIREZIONE GENERALE

- L'art. 1, co. 8, l.190/2012 stabilisce che "l'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del PTPC". Tali poteri di indirizzo sono strettamente connessi con quelli che la legge attribuisce al RPCT per la predisposizione del PTPC nonché per la verifica sulla sua attuazione e idoneità con conseguente potere di proporre modifiche dello stesso Piano;
- L'art. 1, co.14, l.190/2012 stabilisce l'obbligo per il RPCT di riferire all'Organo di indirizzo politico sull'attività, con la relazione annuale sopra citata, da pubblicare anche nel sito web dell'amministrazione. Nei casi in cui l'organo di indirizzo lo richieda, il RPCT è tenuto a riferire sull'attività svolta;

- L'art. 1, co. 7, l.190/2012 stabilisce l'obbligo da parte del RPCT di segnalare all'organo di indirizzo e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione. Al fine di garantire che il RPCT abbia poteri all'interno di tutta la struttura tali da poter svolgere con effettività i propri compiti, stabilisce che "l'organo di indirizzo dispone le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare al RPCT funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività".

IL SUPPORTO CONOSCITIVO ED INFORMATIVO AL RPCT

- L'art. 1, co. 9, lett. c) l.190/2012, con particolare riguardo ai contenuti del PTPC stabilisce che in esso debbano essere previsti obblighi di informazione nei confronti del RPCT, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano, con particolare riguardo alle attività e aree di rischio individuate nel PTPC e alle misure di contrasto del rischio di corruzione.
- L'art. 16, co. 1-ter, d.lgs. n. 165 del 2001 stabilisce che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali sono tenuti a "fornire le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione".
- L'art. 8 del d.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013 stabilisce che i dipendenti dell'amministrazione sono tenuti a "rispettare le prescrizioni contenute nel piano per la prevenzione della corruzione e a prestare collaborazione al responsabile della prevenzione della corruzione".

UFFICIO DI SUPPORTO E REFERENTI

Il RPCT deve poter disporre di un adeguato ufficio di supporto, con personale congruo per numero e professionalità nonché, deve essere dotato di appropriate risorse strumentali e finanziarie (delibera Anac n. 10 del 15 gennaio 2020).

L'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), sin dal PNA 2019, ha avuto modo di evidenziare il fondamentale ruolo che rivestono i Referenti del RPCT, soprattutto nelle Amministrazioni complesse, per un efficace svolgimento dei compiti assegnati al RPCT, potendo essi svolgere una costante attività informativa affinché il Responsabile abbia elementi e riscontri per la formazione e il monitoraggio. A tal fine, l'ASP, tenuto conto del carattere complesso della sua organizzazione amministrativa e sanitaria, individua quali Referenti del RPCT tutti i dirigenti, a qualsiasi titolo, responsabili delle articolazioni aziendali, che costituiscono punto di riferimento per la raccolta delle informazioni e le segnalazioni al RPCT, fermi restando i compiti e le responsabilità che attengono direttamente al Responsabile della misura. A titolo esemplificativo e non esaustivo sono Referenti i Direttori delle UU.OO.CC. e UU.OO.SS.DD., i Direttori dei Presidi Ospedalieri Distrettuali e dei Distretti Sanitari nonché, i Direttori dei Dipartimenti.

I Referenti del Responsabile per la prevenzione della corruzione, al fine di assicurare, in modo diffuso e capillare, un'azione coordinata delle attività di controllo, di prevenzione e di contrasto della corruzione e dell'illegalità e della trasparenza nella Azienda, concorrono con il RPCT a definire

procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione.

Al fine di assicurare che il flusso informativo verso il RPCT sia connotato dalla massima costanza, capillarità e diffusione, i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, nell'esercizio delle funzioni di Referenti del RPCT, sono tenuti a curare, mediante un sistema articolato "a cascata", il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti e dipendenti delle strutture aziendali cui sono rispettivamente preposti, in specie di quelli addetti alle aree a più elevato rischio di corruzione ed illegalità, nell'attività di analisi e valutazione del rischio, nonché di proposta, definizione e continuo monitoraggio delle misure del piano di prevenzione della corruzione.

In particolare, a titolo non esaustivo sono compiti dei referenti, per l'area di competenza:

- a) collaborazione nel predisporre mappatura dei processi;
- b) individuazione e valutazione del rischio corruttivo nei singoli processi e loro fasi (identificazione, analisi, misurazione e trattamento del rischio, monitoraggio);
- c) individuazione di misure generali e specifiche idonee alla eliminazione o, se non possibile, riduzione del rischio corruzione;
- d) garantire l'attuazione delle specifiche azioni previste nel PIAO Sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" e nell'Allegato 1 - Sottosezione 2.3 PIAO 2026/2028 "Prevenzione della corruzione - Misure di gestione del rischio corruttivo programmate per il triennio 2026-2028 – Responsabili – Tempistica e Risultati attesi"
- e) monitoraggio costante sullo stato di attuazione e sull'utilità delle misure di prevenzione della corruzione programmate, nonché proposta in ordine all'adozione di nuove misure da assumere.
- f) assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi per l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa ed i relativi aggiornamenti di competenza della Unità Operativa di riferimento, secondo quanto indicato nella griglia degli obblighi di pubblicazione e delle responsabilità allegata al PIAO Sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza";
- g) assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico (semplice e generalizzato) di cui all'art. 5 del D. Lgs. n. 33/2013 (Linee Guida ANAC - Delibera n. 1309/2016 e la Circolare del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione n. 2/2017) rispettando direttive, procedure e tempistiche dettate in materia dalla normativa vigente; redigere la griglia di monitoraggio annuale dell'accesso civico da trasmettere al RPCT per la pubblicazione sul sito e segnalare tempestivamente al RPCT eventuali criticità rilevate nelle rispettive strutture in merito all'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza ed accesso civico.

h) vigilanza sulla tempestiva e idonea attuazione/applicazione/rispetto della misura della rotazione ordinaria o dell'obbligo di astensione in caso di conflitto d'interessi, nonché della misura del divieto di pantouflage di cui all'art. 53, c. 16 ter, D. Lgs. 165/2001; segnalazione alla Direzione Strategica e al RPCT l'esistenza o l'insorgere delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità di cui al D. Lgs. n. 39/13, con particolare riferimento ai controlli sulle dichiarazioni sostitutive funzionali agli istituti previsti dal Decreto Legislativo n. 39/2013 (cause di inconferibilità e di incompatibilità), dall'art. 53 (Incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi) e 35-bis (prevenzione del fenomeno della corruzione nelle assegnazioni degli uffici e nella formazione di commissioni) del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., nonché delle situazioni previste dall'art. 6-bis Legge n. 241/1990 (conflitto di interessi) e dal Codice di Comportamento aziendale affinché il Responsabile proceda alla relativa dovuta contestazione all'OIV, all'ANAC, 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;

i) collaborazione con il RPCT della diffusione della conoscenza e della vigilanza sull'applicazione del Codice di Comportamento e monitoraggio annuale sulla loro attuazione, eventualmente in raccordo con l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, dandone comunicazione alla Direzione Strategica e al RPCT;

j) controllo sulla rilevazione delle presenze/assenze e relative autorizzazioni nonché sul corretto utilizzo dei beni aziendali da parte del personale afferente alla propria unità operativa,

k) inviare le verifiche di monitoraggio sulle attività corrispondere al RPCT sull'adeguamento, verifica e applicazione delle misure relative ai processi di propria competenza, anche con audit dedicati.

RESPONSABILITA'

Sono previste le ipotesi di responsabilità disciplinate ai sensi dell'art. 1, commi 12, 13 e 14 della Legge n. 190/2012

3 - L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

I compiti dell'OIV aziendale in materia di prevenzione della corruzione sono declinati nel PNA e normati dall'art.1, comma 8 bis della L.190/2012 e ss.mm. ii.

In particolare, l'OIV:

1. offre un supporto metodologico al RPCT e agli altri attori con riferimento al processo di sviluppo del PIAO e alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo;
2. fornisce, qualora disponibili, dati e informazioni utili all'analisi del contesto, alla valutazione e al trattamento dei rischi;

3. favorisce l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance ed il ciclo di gestione del rischio corruttivo verificando la coerenza fra gli obiettivi di anticorruzione e trasparenza e gli obiettivi di performance;
4. attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed integrità, secondo le disposizioni impartite dall'ANAC;
5. esprime parere obbligatorio sulla conformità della procedura adottata per l'adozione del Codice di comportamento aziendale verificando che il codice sia conforme a quanto previsto nelle linee guida della Anac, in specie quelle di settore;
6. vigila, anche sulla base dei dati rilevati dall'UPD e delle informazioni trasmesse dal Responsabile per la prevenzione della corruzione, sull'applicazione dei Codici di comportamento riferendone nella Relazione annuale sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni;
7. assicura il coordinamento tra i contenuti del Codice di comportamento e il sistema di misurazione e valutazione della performance;
8. verifica la corretta applicazione del Piano ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato;
9. rafforza il raccordo tra misure anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle amministrazioni e della performance delle strutture e dei singoli operatori;
10. Fornisce suggerimenti al RPCT per superare criticità emerse dalla relazione annuale del RPCT
11. verifica i contenuti della Relazione annuale del RPCT recante i risultati dell'attività svolta in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza. A tal fine può chiedere al RPCT le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo e può effettuare audizioni di dipendenti; segnala al Direttore Generale e all'OIV *"le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza"*.
12. riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
13. risponde all'ANAC in caso di richiesta di ulteriori informazioni sul controllo dell'esatto adempimento degli obblighi di trasparenza previsti dalla normativa vigente.

4 - L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)

Altro punto di riferimento importante nell'ambito dell'ASP è costituito dall'Ufficio per i procedimenti disciplinari, il cui ruolo è stato ulteriormente rafforzato a seguito dell'entrata in vigore del Codice di comportamento nazionale (DPR n.62/2013 e ss.mm.ii.) e alla modifica apportata dal D. Lgs.75/2017 all'art. 55 bis D. Lgs. n. 165/2001.

L'ASP prevede due distinti Uffici di Disciplina, l'uno per il personale del Comparto l'altro per la Dirigenza.

In materia di prevenzione della corruzione l'Ufficio riveste un ruolo di rilievo in quanto:

- cura l'aggiornamento del Codice di comportamento aziendale, insieme al RPCT e all'OIV;
- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria;
- provvede alle comunicazioni obbligatorie al Responsabile Anticorruzione;

- esamina le segnalazioni di eventuali violazioni del Codice di Comportamento.

5 - I Dirigenti

A tutti i Direttori di Struttura e i Dirigenti, per l'area di rispettiva competenza sono attribuite specifiche competenze in materia di prevenzione della corruzione, affidando agli stessi poteri propositivi e di controllo nonché obblighi di collaborazione, di monitoraggio e di azione diretta per il contrasto della corruzione:

1. valorizzazione della realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative;
2. partecipazione attiva al processo di gestione del rischio, fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure;
3. adozione delle misure di prevenzione individuate in fase di programmazione che costituiscono altresì parte integrante degli obiettivi dirigenziali, cui è connessa l'indennità di risultato e dunque la valutazione della performance;
4. assolvimento degli obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione
5. cura dello sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e promozione della formazione in materia dei dipendenti assegnati ai propri uffici, nonché la diffusione di una cultura organizzativa basata sull'integrità;
6. responsabilità delle misure di propria competenza programmate nel PIAO;
7. In tema di trasparenza, tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare;
8. regolare attuazione dell'accesso civico, monitoraggio e pubblicazione dei dati per il registro degli accessi civici;
9. valutazione del contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT;
10. fornitura delle informazioni richieste dal RPCT per l'individuazione delle attività a più elevato rischio di corruzione;
11. concorso alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione;
12. controllo costante delle attività più esposte al rischio corruzione svolte nella struttura cui sono preposti;
13. vigilanza dell'osservanza del Codice di comportamento e verifica delle ipotesi di violazione;
14. proposte per la rotazione del personale esposto a rischio afferente alla propria struttura;
15. proposta, per l'area di competenza, dei nominativi del personale con priorità di formazione;
16. proposta di argomenti e temi ritenuti di particolare rilevanza o interesse al fine di aggiornare e formare i dipendenti per sensibilizzarli ai temi dell'etica e della legalità;

In caso di violazione di quanto previsto, rispondono ai sensi dell'art. 1, comma 33 della L. n. 190/2012.

6 - Il Personale

Tutti i dipendenti osservano le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione. In particolare, ciascun dipendente, ai sensi degli artt. 1, comma 14, L. n. 190/2012, 54, comma 3, D. Lgs. n. 165/2001, 8 e 16 del DPR n. 62/2013, 10 del Codice di comportamento dell'Azienda, è tenuto a:

1. rispettare le prescrizioni contenute nel presente PTPCT, la cui violazione determina responsabilità disciplinare ed eventuale responsabilità penale, civile, amministrativa o contabile;
2. prestare la sua collaborazione al RPCT
3. partecipare attivamente al processo di gestione del rischio;
4. attuare le misure di prevenzione programmate;
5. comunicare i casi di conflitto di interessi che li riguardano personalmente;
6. segnalare illeciti di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, nella consapevolezza della previsione da parte dell'Ordinamento di un'adeguata protezione delle persone che segnalano violazioni di disposizioni normative nazionali o dell'Unione europea che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica (d. lgs. n. 24 del 10 marzo 2023 che recepisce, a livello interno, la Direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019).

La violazione delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare (art. 1, commi 14 e 44, legge 190/2012 e artt. 8 e 9 del Codice di Comportamento dei dipendenti dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza- ASP).

II. MAPPATURA UNICA E INTEGRATA DEI PROCESSI E IDENTIFICAZIONE, VALUTAZIONE E PONDERAZIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI.

1- Mappatura dei processi

Nell'osservanza del Piano Nazionale Anticorruzione, si è proceduto alla mappatura dei principali processi aziendali e individuato le aree e le fasi più frequentemente soggette al rischio corruttivo, riprendendo il processo di mappatura effettuato nella fase istruttoria prodromica all'adozione del PTPCT 2025/2027.

In considerazione dei risultati delle verifiche effettuate dal RPTC in sede di monitoraggio e controllo sulle misure generali e specifiche previste per l'annualità 2025, sulla base delle relazioni dei Responsabili delle strutture aziendali, si è proceduto con alcune rimodulazioni sui processi, con riferimento ai Responsabili e/o al grado di esposizione al rischio e/o all'indicatore di attuazione della misura, nelle more di una revisione globale di tale processo.

Nel corso dell'anno 2025 sono stati mappati ed analizzati 52 macro processi aziendali.

I referenti del RPCT sono stati chiamati a rendicontare lo stato di attuazione delle misure di Prevenzione generali e specifiche relative ai processi mappati.

Per ogni processo di competenza, sono stati analizzati i rischi e le misure con relativi indicatori. Di seguito le principali informazioni acquisite per ogni processo:

- area di rischio del processo
- Rischio specifico
- grado di rischio
- misure da attuare tipologia della misura
- annualità di riferimento
- indicatori di attuazione
- target
- responsabile dell'adozione della misura

Al fine di definire, con un maggior grado di dettaglio la mappatura dei procedimenti di competenza di ciascuna Unità Operativa all'interno dei macro-processi, di identificare e valutare il rischio specifico e il relativo grado, nonché di procedere al relativo trattamento con le misure specifiche più idonee ed efficaci, si è ritenuto opportuno implementare la rete dei Referenti del RPCT già prevista nella medesima Sezione del PIAO 2025/2027 costituendo un gruppo di lavoro permanente con il compito di coadiuvare il RPCT aziendale nell'adempimento delle attività di redazione, attuazione e monitoraggio degli adempimenti in materia di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza per le rispettive Unità Operative. A tal scopo è stato richiesto a tutti i responsabili delle UU.OO. aziendali di individuare un referente per la costituzione di tale gruppo di lavoro.

La mappatura unica e integrata dei processi è fondata sul concetto di "rischio corruttivo" quale pericolosità di un evento calcolata con riferimento sia alla probabilità che questo si verifichi e sia alla correlata gravità delle relative conseguenze, prendendo in considerazione i fattori abilitanti.

In particolare, sono state considerate le seguenti Aree generali a rischio corruttivo e i relativi processi⁵:

A. CONTRATTI PUBBLICI

1. Programmazione (individuazione del fabbisogno)

⁵ L'analisi parte dalla distinzione tra:

- **procedimento**: pluralità gli atti autonomi, scanditi nel tempo aventi lo stesso fine ossia l'emanazione di un provvedimento finale, anche tacito;
- **procedura**: insieme di attività ripetitive sequenziali e condivise da chi le mette in atto per raggiungere un determinato risultato;
- **processo**: insieme di attività interrelate che creano valore trasformando delle risorse (input del processo) in un prodotto (output del processo) destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione (utente).

2. Progettazione
3. Affidamento di lavori, servizi e forniture
4. Esecuzione del contratto
5. Attuazione PNRR - Missione 6 "Salute"

B. CONCORSI E PROVE SELETTIVE. INCARICHI.

1. Concorso per l'assunzione di personale
2. Attingimento da graduatoria di altri Enti
3. Mobilità volontaria
4. Progressioni di carriera
5. Incarichi extra istituzionali ai dipendenti
6. Individuazione incarico di sostituzione per ferie, malattia e altro impedimento del Dirigente

C. INCARICHI DI COLLABORAZIONE ESTERNA E CONVENZIONI

1. Conferimento Incarichi di collaborazione esterna
2. Convenzioni con altri Enti ex art. 15 L. n. 241/90

D. FORMAZIONE

1. Programmazione eventi formativi nelle materie L. n. 190/2012 (anticorruzione e trasparenza e codice di comportamento)
2. Selezione dei dipendenti per la formazione specifica nelle materie L. n. 190/2012
3. Realizzazione della formazione nelle materie L. n. 190/2012 per i dipendenti selezionati
4. Individuazione corso formazione specifica e specialistica per RPCT e staff
5. Affidamento diretto dei servizi di formazione

E. AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

1. Affidamento incarichi legali
2. Azioni di recupero nei confronti delle controparti soccombenti dinanzi alle Autorità Giudiziarie
3. Gestione risarcimento danni L. n. 24/2017

F. CONTROLLI E ISPEZIONI

1. Vigilanza e controllo sanitario degli animali, della produzione, trasformazione. Commercializzazione, Conservazione e Trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati. E degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche
2. Vigilanza ambienti di lavoro (industrie, artigianato, cantieri, attività estrattive di seconda categoria, agricoltura, PP.AA., servizi)
3. Verifica attrezzature e impianti nei luoghi di lavoro
4. Controlli e ispezioni delle imprese alimentari

G. GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

1. Elaborazione dei bilanci preventivi e consuntivi
2. Ciclo di liquidazione
3. Pagamento dei fornitori
4. Procedure sollecito crediti insoluti

H. PARERI - AUTORIZZAZIONI

1. Rilascio dei pareri previsti dalle leggi regionali 27/1996 e 3/1999
2. Scelta della comunità terapeutica in cui inserire i pazienti del SERD
3. Collocamento pazienti psichiatrici in strutture residenziali di cooperative sociali
4. Valutazione tempi di permanenza dei pazienti tossicodipendenti in comunità

I. PROTESICA

1. Controlli di regolarità successivi all'autorizzazione
2. Liquidazione dell'ausilio

J. GESTIONE MMS E PLS E SPECIALISTI AMBULATORIALI

1. Anagrafe assistiti a MMG e PLS
2. Pagamenti parte variabile medici convenzionati
3. Redazione graduatoria ore per specialisti ambulatoriali
4. Verifica insussistenza cause di incompatibilità e conflitti di interesse MMg, PLS e Sp. Amb.

K. CONTRIBUTI, SOVVENZIONI E ALTRE EROGAZIONI LIBERALI

1. Concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati (lettera c, comma 16 art. 1 della Legge 190/2012)
2. Contributi:
 - . assegnazione benefici economici in favore di nefropatici (art. 33 l.r. 42/2009)
 - . provvidenza a favore di soggetti residenti in Basilicata sottoposti a trapianti di organi in Italia L.R., 22/2000
 - . attività di assistenza ex ONIG (opera nazionale per gli invalidi di guerra) a livello provinciale (c.m. 1/73 - c.m. 60/75 - DRGB n. 536 n. 536/2015)
 - . contributo economico per adattamento autoveicolo in favore di assistiti portatori di handicap (L.R. 38/1984 – L. 104/1992)
 - . indennizzi a favore dei soggetti danneggiati da complicanze irreversibili a causa di trasfusioni e vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati e s.m.i.
 - . attività di assistenza sanitaria internazionale

- . erogazione di prodotti dietetici per celiachia
- . erogazione di prodotti dietetici listino ASIR
- attività di erogazione utenti affetti da autismo – metodo DOMAN, VOJTA, ABA
- . erogazioni in materia di malattie rare

L. ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE - ALPI

1. Gestione liste d'attesa e prenotazione prestazioni ambulatoriali
2. Rilascio autorizzazione all'erogazione dell'attività libero professionale
3. Verifica della correttezza dei volumi di attività erogata e sui tempi di attesa delle prestazioni
4. Controlli sulla corretta erogazione (giorni, orari, timbratura, utilizzo del sistema per la prenotazione, erogazione, pagamento)

M. FARMACEUTICA

1. Analisi giacenze di magazzino farmaci
2. Definizione del Piano degli acquisti di farmaci
3. Partecipazione alla predisposizione di atti e documenti di gara incluso il capitolato per i farmaci
4. Smaltimento dei farmaci scaduti
5. Distribuzione diretta dei farmaci

N. TRASPARENZA, PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E CODICE DI COMPORTAMENTO

1. Rispetto norme di comportamento e disciplinari aziendali e nazionali
2. Supporto all'aggiornamento della valutazione del rischio corruttivo insito nei processi aziendali
3. Obblighi di pubblicazione obbligatoria ex d. lgs. 33/2013 e delibera ANAC 1310/2016

O. STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

1. Accordi contrattuali con le strutture private accreditate
2. Liquidazioni prestazioni sanitarie erogate dalle strutture private accreditate per riabilitazione ART. 26 L.833 /78
3. Liquidazione prestazioni sanitarie erogate dalle strutture private accreditate per Specialistica Ambulatoriale ex art. 25 L. 833/78 e Cure Termali

Nel PIAO 2026/2028 sono state individuate n. 15 Aree di rischio (a fronte delle 10 previste nel PIAO 2025/2027) e n. 56 macro-processi aziendali (a fronte delle 52 individuate nel precedente PIAO).

2 - Gestione del rischio corruttivo: identificazione, analisi, misurazione, trattamento e monitoraggio del rischio corruttivo

In attuazione di quanto disposto nelle *“Indicazioni per la definizione della sottosezione “rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO”* Approvate dal Consiglio dell’Autorità nell’Adunanza del

23.07.2025, per la metodologia di gestione del rischio corruttivo si è proceduto con riferimento all'allegato 1 al PIAO 2019.

Il presente Piano fornisce una valutazione del diverso **livello di esposizione al rischio di corruzione** degli uffici e unità operative (amministrative, professionali, tecniche e sanitarie) e indica gli interventi organizzativi e le misure volte a prevenire e/o a ridurre il rischio.

Pertanto, si risponde specificatamente alle seguenti esigenze:

- a) **individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione**, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti, elaborate nell'esercizio delle proprie competenze;
- b) **prevedere, per le attività con grado più elevato di rischio di corruzione, meccanismi di formazione, attuazione e controllo** delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- c) **prevedere, con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi della lettera a), obblighi di informazione nei confronti del RPCT**, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano;
- d) **monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti**;
- e) **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 (incompatibilità, conflitti di interesse, *pantouflage*);
- f) **individuare specifici obblighi di trasparenza** ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

Per la misurazione del livello del rischio sono state recepite le indicazioni metodologiche contenute nell'Allegato 1 al PNA 2019.

Con la nuova metodologia di gestione del rischio, la valutazione cumulativa del livello di esposizione facendo riferimento a più valori deve essere il frutto di una valutazione complessiva che tiene conto di diversi aspetti. In particolare, si è data rilevanza agli indicatori di livello medio e alto i cui valori costituiscono un "alert" per la gestione del rischio corruttivo e portano i processi ad essere sottoposti ad un monitoraggio più puntuale per la loro "intrinseca rischiosità".

La mappatura dei processi aziendali ha consentito di procedere alla identificazione, analisi, valutazione del rischio corruttivo e alla definizione delle misure di mitigazione con relativo monitoraggio principalmente annuale (salvo specifiche previsioni di monitoraggio trimestrale/semestrale).

Dopo aver determinato il livello di rischio di ciascun processo si è proceduto alla ponderazione, definendo, cioè, una graduatoria dei rischi, in base al livello di rischio più o meno elevato. La classifica del livello di rischio è stata poi esaminata e valutata per elaborare la proposta di trattamento dei rischi.

Le misure di gestione del rischio corruttivo individuate e programmate, con l'indicazione del Responsabile dell'attuazione della misura, dei risultati attesi distinti per anno e dell'indicatore scelto per la valutazione del risultato sono riportate nell'**Allegato 1 "Misure di gestione del rischio corruttivo programmate per il triennio 2026-2028 – Responsabili – Tempistica e risultati attesi"**. Dette misure di gestione del rischio vengono assunte altresì come obiettivi da assegnare con le schede di budget che saranno approvate per l'anno 2026.

5. Progettazione e programmazione delle misure di prevenzione, con priorità attribuita alle misure organizzative, digitali e procedurali che garantiscano efficacia, semplicità, proporzionalità e sostenibilità. Monitoraggio sull'attuazione e sull'adeguatezza delle misure, con definizione degli indicatori di risultato e dei criteri di riesame periodico.

L'ASP ha inteso programmare le misure di mitigazione del rischio corruttivo, in linea con la determinazione ANAC n. 12/2015, ovvero con la distinzione tra:

- **misure generali**, che incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione intervenendo in maniera trasversale sull'intera amministrazione;
- **misure specifiche**, che incidono su problemi specifici individuati tramite il meccanismo di analisi del rischio corruzione.

La programmazione delle misure di prevenzione, tanto generali quanto specifiche, avviene nel rispetto dei principi declinati nella richiamata determinazione e dunque comporta la prospettazione di misure che devono essere:

- adeguatamente progettate, onde evitare la pianificazione di misure astratte, non realizzabili o estremamente gravose perché superflue;
- efficaci a neutralizzare il rischio;
- sostenibili dal punto di vista economico ed organizzativo;
- adattate alle specificità ed alle peculiarità dell'ASP;
- verificabili in sede di monitoraggio infrannuale, così da accertare non solo il relativo stato di attuazione ma svolgere altresì una valutazione sull'efficacia delle misure.

I - Misure di carattere generale (triennio 2026-2028)

Nei paragrafi che seguono sono descritte in forma tabellare le misure di carattere generale, le azioni da attuare per la loro realizzazione, l'indicatore di risultato e la tempistica di realizzazione, a frequenza del monitoraggio sull'attuazione e sull'adeguatezza delle misure.

1- Codice di comportamento

MISURA	CODICE DI COMPORTAMENTO
RIFERIMENTI NORMATIVI	Art. 54 del D. Lgs., come modificato dall'art. 1 comma 44 della Legge 190/2012, DPR 62/2013 così come modificato dal D.P.R. 13 giugno 2023 n. 81, Delibera Anac 358 del 29/03/2017, deliberazione n. 756 del 18/12/2013, Delibera Anac n. 358 del 29/03/2017 e linee guida n. 177/2020
STATUS QUO	L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, con DDG n. 2025/00271 del 24/03/2025, ha approvato il nuovo Codice di Comportamento degli Operatori dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza - ASP BASILICATA
ATTIVITÀ PROGRAMMATE NEL TRIENNIO 2026-2028	Applicazione e monitoraggio. Diffusione e attività di sensibilizzazione del nuovo Codice. Inserimento della condizione dell'osservanza del Codice di Comportamento negli atti di gara, contratti e convenzioni per i collaboratori e dipendenti delle ditte fornitrici dei servizi e delle strutture private convenzionate. Comunicazioni al RPCT delle violazioni alle norme del Codice di Comportamento e di altri illeciti di natura corruttiva. Trasmissione al RPCT della reportistica su: violazioni contestate ai dipendenti; procedimenti disciplinari attivati e conclusi; sanzioni erogate, e archiviazioni disposte.
TIPOLOGIA DELLA MISURA	Controllo
RESPONSABILI	RPCT, Referenti RPCT, Dirigenti di struttura, UPD
TEMPI DI ATTUAZIONE	Triennio di vigenza del PIAO 2026-2028
INDICATORI DI MONITORAGGIO	1. VERIFICA ANNUALE SULL'INSERIMENTO NEI CONTRATTI INDIVIDUALI DI LAVORO E NEGLI ATTI DI GARA DELLA CONDIZIONE DI OSSERVANZA DEL CODICE DI COMPORTAMENTO (Relazione dei Responsabili delle Strutture interessate) 2. N. SEGNALAZIONI RELATIVE ALLA VIOLAZIONE DEL CODICE CHE HANNO DATO LUOGO A PROCEDIMENTO DISCIPLINARE – MONITORAGGIO ANNUALE
MONITORAGGIO	Annuale

2 - Le misure di disciplina del conflitto di interessi (ex art. 6 e 7 DPR 62/2013)

MISURA	CONFLITTO DI INTERESSE
RIFERIMENTI NORMATIVI	1. Obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi (art. 6 bis legge n. 241/90; legge n. 190/2012 art. 3 comma 2, art. 6 comma 2, art. 7 DPR 62/2013, art. 7 Codice di Comportamento ASP). 2. Obbligo di segnalazione preventiva e motivata al proprio superiore del conflitto di interessi (art. 6 bis legge n. 241/90, legge n. 190/2012 art. 6 comma 2 e art. 7 DPR n. 62/2013 - Art. 6 Codice di Comportamento ASP). 3. Obbligo di verifica e di istruzioni da parte del superiore al subordinato in caso di rilevazione di conflitto di interessi (art. 7 DPR n. 62/2013). 4. Obbligo di vigilanza e controlli sull'assenza di conflitto di interessi da parte dei Dirigenti responsabili, delle posizioni organizzative e dei coordinatori (art. 1 comma 9 legge n. 190/2012). 5. Il dipendente non accetta incarichi di collaborazione da soggetti privati che abbiano o abbiano avuto nel biennio precedente, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza (art. 4 DPR n. 62/2013). 6. Obbligo a carico di ciascun dipendente all'atto dell'assegnazione all'ufficio di informare per iscritto il Dirigente dell'ufficio stesso di tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati in qualunque modo retribuiti che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni (art. 7 DPR n. 62/2013). 7. Obbligo del Dirigente, prima di assumere le sue funzioni, di comunicare all'ufficio personale le partecipazioni azionarie e gli interessi finanziari che possono porre in conflitto di interessi con la funzione pubblica che svolge e dichiarare se ha parenti o affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio che dovrà dirigere o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio (art. 13 DPR n. 62/2013). 8. Divieto per coloro che sono stati condannati, anche in via non definitiva, per i reati contro la P.A. del capo I, titolo II, del libro II del Codice Penale (peculato, concussione, corruzione, abuso d'ufficio ecc.) di far parte di Commissioni per l'affidamento di appalti o per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi, di essere assegnati agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione dei beni, servizi e forniture, o alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzione di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati, oppure di far parte delle Commissioni per la concessione o per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere (art. 35 bis D. Lgs. n. 165/2001 - art. 15 Codice di Comportamento ASP). 9. Divieto di far parte di Commissioni di concorso per coloro che ricoprono cariche politiche 10. Il personale che versa nelle ipotesi di conflitto di interessi ne dà comunicazione alla stazione appaltante o all'ente concedente e si astiene dal partecipare alla procedura di aggiudicazione e all'esecuzione. Le stazioni appaltanti adottano misure adeguate per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interesse nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione ed esecuzione degli appalti e delle concessioni e vigilano (art. 16 D. Lgs. n. 36/2023). Il RUP/DEC rilascia la dichiarazione sui conflitti di interesse al soggetto che lo ha nominato e/o al superiore gerarchico. Al fine di assicurare che il conferimento degli incarichi attinenti alla

MISURA	CONFLITTO DI INTERESSE
	procedura di gara sia effettuato in assenza di conflitti di interessi, la nomina è subordinata all'acquisizione della dichiarazione sostitutiva sull'assenza di conflitti di interesse resa dal soggetto individuato. 11. applicabilità delle norme in materia di conflitto di interessi per rapporti di collaborazione e consulenza, sia retribuiti che a titolo gratuito, svolti nell'ultimo quinquennio, a favore di soggetti ai quali sia stato aggiudicato, nel medesimo periodo, o concorso ad aggiudicare, in nome e per conto dell'Azienda, appalti di lavori, forniture e servizi; eventuali relazioni di parentela o affinità fino al secondo grado, sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti dei soggetti che con l'Azienda stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, limitatamente agli ambiti di lavoro di competenza; attività di collaborazione e consulenza a favore di soggetti, con i quali l'Azienda ha in corso di definizione qualsiasi controversia civile, amministrativa o tributaria; attività di collaborazione e consulenza a favore di soggetti privati, con i quali l'Azienda ha instaurato o è in procinto di instaurare un rapporto di partenariato. 12. Sanzioni disciplinari in caso di mancata osservanza del Codice di Comportamento, ivi compresi le previsioni sui conflitti di interessi
ATTIVITÀ PROGRAMMATE NEL TRIENNIO 2026-2028	- Rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio, ai sensi di cui al D.P.R. 445/2000 e s.m.i. insussistenza di cause di conflitto di interessi in tutte le ipotesi indicate nel box "riferimenti normativi". - Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, i controlli delle dichiarazioni sostitutive sono effettuati a campione. Il controllo viene avviato in ogni caso in cui insorga il sospetto della non veridicità delle informazioni ivi riportate, ad esempio al verificarsi delle situazioni previste per legge o in caso di segnalazione da parte di terzi.
TIPOLOGIA DELLA MISURA	Misure di disciplina del conflitto di interessi
RESPONSABILI	Referenti RPTC / Dirigenti di struttura / Ufficio Economato Provveditorato - Ufficio Attività Tecniche
TEMPI DI ATTUAZIONE	Triennio di vigenza del PIAO 2026/2028
INDICATORI DI MONITORAGGIO	1. AGGIORNAMENTO REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DEI CONFLITTI DI INTERESSE 2. CONTROLLO ANNUALE DELLE DICHIARAZIONI RESE E VALUTAZIONE DI CONFLITTI DI INTERESSE POTENZIALI E ATTUALI (controllo a campione e in caso di segnalazione)
MONITORAGGIO	Annuale

3 - Inconferibilità ed incompatibilità (ex art. art. 20 D.Lgs. n. 39/2013)

MISURA	INCONFERIBILITA' ED INCOMPATIBILITA'
RIFERIMENTI NORMATIVI	Art. 20 del D. Lgs. 39/2013, Linee guida in materia, approvate con Deliberazione n. 833 del 2016, delibera 818/2019, Delibera 1146/2019, Delibera 713/2020
DESCRIZIONE DELLA MISURA	Con riferimento al Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39, il Responsabile della prevenzione della corruzione cura, ai sensi dell'art. 15 del suddetto decreto, che nell'Azienda siano rispettate le disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi contenute nel suddetto decreto. Per "inconferibilità" (comma 2, lettera g), ai sensi dell'art. 1 del decreto legislativo n. 39/2013, s'intende la preclusione, permanente o temporanea, al conferimento degli incarichi amministrativi di vertice, incarichi dirigenziali interni, incarichi dirigenziali esterni ed incarichi di amministratore di enti pubblici e di enti privati in controllo pubblico: a coloro che abbiano riportato condanne penali per reati contro la Pubblica Amministrazione, di cui al capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale, anche in presenza di sentenza non passata in giudicato; a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da PP.AA. o svolto attività professionali a favore di questi ultimi; a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico. La violazione della disciplina comporta la nullità dell'atto di conferimento degli incarichi e la risoluzione del relativo contratto (art. 17 D. Lgs. n. 39/2013). Per "incompatibilità" (comma 2, lettera h dell'art. 1) s'intende l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici 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; l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.
ATTIVITÀ PROGRAMMATE NEL TRIENNIO 2026-2028	In materia di inconferibilità: preventiva acquisizione delle dichiarazioni di insussistenza di cause di inconferibilità da parte del destinatario dell'incarico (valido solo per la Direzione Strategica e per i Dirigenti non sanitari) e successiva verifica entro un congruo arco temporale (di norma entro la stipulazione del contratto); pubblicazione, a carico del responsabile della Trasparenza, della deliberazione di conferimento dell'incarico, ai sensi dell'art. 14 del D.Lgs. n. 33/2013, secondo le modalità sopra dichiarate. In materia di incompatibilità: acquisizione delle autodichiarazioni di non sussistenza di cause di incompatibilità e conseguente trasmissione al Responsabile della Trasparenza per la pubblicazione delle stesse. Pubblicazione, a carico del responsabile della Trasparenza, della deliberazione di conferimento dell'incarico, ai sensi dell'art. 14 del D.Lgs. n. 33/2013 e delle dichiarazioni di insussistenza delle cause di inconferibilità e incompatibilità ai sensi dell'Art. 20 del D.Lgs. 39/2013
TIPOLOGIA DELLA MISURA	Controllo
RESPONSABILI	Con Delibera ANAC n. 713 del 04/08/2020 è stato chiarito che gli incarichi svolti nell'ambito degli Enti del SSN, non rientranti nei ruoli della dirigenza sanitaria sono soggetti alla normativa sulla inconferibilità e incompatibilità di cui al d.lgs. n. 39/2013 .

MISURA	INCONFERIBILITA' ED INCOMPATIBILITA'
	Pertanto, oltre al Direttore Generale, Amministrativo e Sanitario anche i dirigenti del ruolo professionale, tecnico e amministrativo sono sottoposti al regime di cui al d.lgs. n. 39/2013. Direttore Generale, Amministrativo e Sanitario, Dirigenti Ruolo PTA, Ufficio del Personale, RPTC, Referenti RPTC
TEMPI DI ATTUAZIONE	Per incompatibilità: all'atto della trasmissione delle dichiarazioni rese dai Dirigenti e aggiornamento annuale Per inconferibilità: all'atto del conferimento di incarico Triennio di vigenza del PIAO 2026-2028
INDICATORI DI MONITORAGGIO	- ACQUISIZIONE E VALUTAZIONE DELLE DICHIARAZIONI RESE E CONTROLLO DELLE STESSE - N. DICHIARAZIONI ACQUISITE - VERIFICA DEI PRECEDENTI PENALI - N. DEI CERTIFICATI DEL CASELLARIO RICHIESTI
MONITORAGGIO	Annuale

4 - La prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici a seguito di condanna penale per delitti contro la P.A. (ex art. 35 bis del d.lgs. 165/01).

MISURA	ART. 35 BIS COSTITUZIONE COMMISSIONI DI GARA E CONCORSO
RIFERIMENTI NORMATIVI	Legge n. 190/2012; D. Lgs. n. 165/2001, art. 35 bis, Delibera 25 del 15/01/2020
ATTIVITÀ PROGRAMMATE NEL TRIENNIO 2026-2028	Acquisizione della dichiarazione dell'assenza di precedenti penali all'atto della formazione di commissioni di concorso e di commissioni di gara.
TIPOLOGIA DELLA MISURA	Controllo
RESPONSABILI	Ufficio Personale, Ufficio Provveditorato Economato, Ufficio Attività Tecniche
TEMPI DI ATTUAZIONE	All'atto della composizione delle Commissioni di gara e di concorso Triennio di vigenza del PIAO 2026-2028
INDICATORI DI MONITORAGGIO	- N. DICHIARAZIONI ACQUISITE / N. COMPONENTI COMMISSIONI COSTITUITE = 100% - VERIFICA DEI PRECEDENTI PENALI - N. DEI CERTIFICATI DEL CASELLARIO RICHIESTI - controllo a campione 10%
MONITORAGGIO	ANNUALE

5 - Incarichi extra - istituzionali

MISURA	INCARICHI EXTRA - ISTITUZIONALI
RIFERIMENTI NORMATIVI	Art. 53 D. Lgs. n. 165/2001, così come modificato dalla L. n. 190/2012, D.lgs. n. 33/2013.
DESCRIZIONE DELLA MISURA	Il rapporto di pubblico impiego è sottoposto al regime di incompatibilità dal momento che i dipendenti pubblici non possono svolgere altri rapporti di lavoro o svolgere attività lavorativa che presenti carattere di abitudine. Ciò nonostante, il divieto di svolgere incarichi extraistituzionali non opera in maniera assoluta. L'art. 53 D. Lgs. 165/2001 disciplina lo svolgimento di incarichi e prestazioni non compresi nei doveri d'ufficio da parte dei dipendenti delle PP.AA. prevedendo un regime di autorizzazione da parte dell'amministrazione. La misura è disciplinata dal Regolamento aziendale sugli incarichi extra istituzionali, approvato con deliberazione n. 521 del 2013, come successivamente integrata/modificata dalla deliberazione 453 del 09.09.2014.
ATTIVITÀ PROGRAMMATE NEL TRIENNIO 2026-2028	- Aggiornamento del Regolamento in materia - Verifica autorizzazione concesse
TIPOLOGIA DELLA MISURA	Controllo
RESPONSABILI	Ufficio Del Personale
TEMPI DI ATTUAZIONE	Triennio di vigenza del PIAO 2026-2028
INDICATORI DI MONITORAGGIO	- ADOZIONE REGOLAMENTO - RILASCIO AUTORIZZAZIONI /NUMERO DI AUTORIZZAZIONI RICHIESTE - VERIFICA DI TUTTE LE AUTORIZZAZIONI CONCESSE / N. AUTORIZZAZIONI REVOCATE
MONITORAGGIO	ANNUALE

6 - Attività successive alla cessazione dal lavoro (Pantouflage)

Misura	INCOMPATIBILITA' SUCCESSIVA
RIFERIMENTI NORMATIVI	D. Lgs. n. 165/2001 – Art. 53, comma 16 ter; Legge n. 190/2012 - Art. 1, c. 42, lett. l), delibera ANAC n. 448 del 27 maggio 2020 di proposta di modifica normativa, PNA 2022
DESCRIZIONE DELLA MISURA	L'art. 1, c. 42, lett. l) della legge anticorruzione, ha contemplato l'ipotesi relativa alla c.d. "incompatibilità successiva" (pantouflage), ovvero: i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 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 della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. Con riferimento ai soggetti che le amministrazioni reclutano al fine di dare attuazione ai progetti del PNRR il legislatore ha escluso espressamente dal divieto di pantouflage gli incarichi non dirigenziali attribuiti con contratti di lavoro a tempo determinato o di collaborazione per i quali non trovano applicazione i divieti previsti dall'art. 53, co. 16-ter, del .Lgs. n. 165/2001. L'esclusione non riguarda invece gli incarichi dirigenziali
TIPOLOGIA DELLA MISURA	Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento
ATTIVITÀ PROGRAMMATE NEL TRIENNIO 2026-2028	Previsione di una dichiarazione da sottoscrivere al momento della cessazione dal servizio per trattamento di quiescenza, con cui il dipendente si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma; Inserimento dichiarazione nei bandi di gara e/o incarichi da parte dei contraenti di non trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 53, c. 16ter del d. lgs. 165/01
RESPONSABILI	Ufficio Del Personale / U.O.C. Attività Tecniche / U.O.C. Provveditorato Economato
TEMPI DI ATTUAZIONE	Momento della cessazione dal servizio - predisposizione atti di gara Triennio di vigenza del PIAO 2026-2028
INDICATORI DI MONITORAGGIO	- APPROVAZIONE AGGIORNAMENTO DELLO SCHEMA STANDARD DI PATTO D'INTEGRITÀ - N. DICHIARAZIONI SOTTOSCRITTE / N. DIPENDENTI CESSATI PER TRATTAMENTO DI QUIESCENZA = 100% - N. BANDI DI GARA E/O INCARICHI SOTTOSCRITTI / N. DICHIARAZIONI INSERITE NEI BANDI DI GARA E/O INCARICHI= 100%
MONITORAGGIO	ANNUALE

7 - Patti di integrità

MISURA	PATTI DI INTEGRITA'
RIFERIMENTI NORMATIVI	Art. 1 comma 17 Legge 190/2021 e Deliberazione ASP n. 617 del 23.09.2019. D.L. 76/2020 convertito con legge 120 del 11/09/2020
DESCRIZIONE DELLA MISURA	Le stazioni appaltanti possono prevedere negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara. la norma è volta ad assicurare che i rapporti economici instaurati con la P.A siano delimitati alle sole imprese meritevoli di fiducia.
TIPOLOGIA DELLA MISURA	Definizione e promozione dell'etica e degli standard di comportamento
ATTIVITÀ PROGRAMMATE NEL TRIENNIO 2026-2028	Sottoscrizione del Patto di Integrità. Aggiornamento del Patto di Integrità attualmente in vigore
RESPONSABILI	UOC. Attività tecniche, UOC Provveditorato Economato
TEMPI DI ATTUAZIONE	Triennio di vigenza del PIAO 2026-2028
INDICATORI DI MONITORAGGIO	N. PATTI SOTTOSCRITTI/N. CONTRATTI=100%
MONITORAGGIO	Annuale

8 - Rotazione del personale (rotazione ordinaria) o misure alternative

MISURA	ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE
RIFERIMENTI NORMATIVI	Legge 190/2012 - Art. 1, comma 4, lettera e); comma 5, lettera b); comma 10, lettera b); D.lgs. 165/2001 - Art. 16, comma 1, lettera l-quater) "Funzioni dei dirigenti di uffici dirigenziali generali; Linee guida Anac in materia Delibera n. 215/2019
DESCRIZIONE DELLA MISURA	Nelle articolazioni aziendali maggiormente esposte al rischio di corruzione, il Responsabile della prevenzione della corruzione concorda con la Direzione Strategica e con i Responsabili di tali articolazioni aziendali la rotazione dei dipendenti addetti ai procedimenti e ai controlli, compatibilmente con le risorse disponibili e con la competenza richiesta da detti procedimenti e controlli. Nei casi in cui non sia possibile realizzare la misura della rotazione ordinaria le amministrazioni/enti sono comunque tenuti a programmare altre misure organizzative di prevenzione che sortiscano un effetto analogo a quello della rotazione, quali la rotazione funzionale all'interno del medesimo ufficio, la condivisione delle fasi procedurali e /o la doppia sottoscrizione degli atti.

MISURA	ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE
ATTIVITÀ PROGRAMMATE NEL TRIENNIO 2026-2028	In un'ottica di implementazione della ratio della misura della rotazione, si prevede che i Direttori delle UU.OO. del Dipartimento Amministrativo, Staff, Assistenza Primaria, il Dipartimento Sanità e Benessere Animale ed il Dipartimento Salute Umana, entro il 30 giugno di ogni anno di validità del Piano, trasmettano alla Direzione Strategica e al Responsabile della prevenzione della corruzione un piano di rotazione dei responsabili dei procedimenti. Il RPCT richiederà alle suddette UU.OO.CC. una relazione sulla effettiva rotazione dei dipendenti responsabili dei procedimenti al 30 dicembre.
TIPOLOGIA DELLA MISURA	Rotazione del personale
RESPONSABILI	Direttori delle UU.OO. del Dipartimento Amministrativo, Staff, Assistenza Primaria, il Dipartimento Sanità e Benessere Animale ed il Dipartimento Salute Umana
TEMPI DI ATTUAZIONE	30 giugno e 30 novembre 2026
INDICATORI DI MONITORAGGIO	- PIANO DI ATTUAZIONE DELLA MISURA - RELAZIONE SULL'ATTUAZIONE DELLA MISURA
MONITORAGGIO	30 giugno e 30 novembre 2026

9 - Rotazione del personale straordinaria

MISURA	ROTAZIONE STRAORDINARIA DEL PERSONALE
RIFERIMENTI NORMATIVI	art. 16, co. 1, lett. 1-quater, del d.lgs. 165/2001 – PNA 2019-2021 – Delibera ANAC n. 215 del 2019 e 345/2020
DESCRIZIONE DELLA MISURA	L'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del d. lgs. n. 165 del 2001 dispone che i dirigenti degli uffici dirigenziali "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 corruttiva". La misura trova applicazione con riferimento ai dipendenti e Dirigenti che hanno un rapporto di lavoro a tempo determinato o indeterminato con l'amministrazione. Presupposto oggettivo è l'avvio nei confronti dei suddetti soggetti: a) di un procedimento penale per uno dei reati previsti dagli artt. 317, 318, 319, 319-bis, 319-ter, 319-quater, 320, 321, 322, 322-bis, 346-bis, 353 e 353-bis del codice penale, di cui all'art. 7 della L. 69/2015, l'adozione del provvedimento da parte dell'Amministrazione è obbligatoria; b) di un procedimento penale per uno degli altri reati di cui al Capo I del Titolo II del Libro secondo del Codice Penale, rilevanti ai fini delle inconfiribilità ai sensi dell'art. 3 D.lgs. 39/2013, dell'art. 35 bis D. Lgs.165/2001 e del D. Lgs. 235/2012: l'adozione del suddetto provvedimento motivato in questi casi è solo facoltativa. Il provvedimento eventualmente adottato deve precisare le motivazioni che spingono l'amministrazione alla rotazione, con particolare riguardo alle esigenze di tutela dell'immagine di imparzialità dell'ente. L'Anac, con la delibera 345/2020, ha fornito chiarimenti sugli organi competenti all'adozione del provvedimento motivato di rotazione straordinaria.
ATTIVITÀ PROGRAMMATE NEL TRIENNIO 2026-2028	- Previsione nel Codice di Comportamento dell'obbligo per i dipendenti di comunicare all'Azienda la sussistenza di provvedimenti di rinvio a giudizio - Adozione - al momento del procedimento penale - di provvedimento, adeguatamente motivato, di valutazione della condotta del dipendente, ai fini dell'eventuale applicazione della misura
TIPOLOGIA DELLA MISURA	Rotazione del personale
RESPONSABILI	UOC Gestione Del Personale, Direzione Strategica, RPCT
TEMPI DI ATTUAZIONE	Entro il 30 novembre 2026
INDICATORI DI MONITORAGGIO	- INSERIMENTO DELLA PREVISIONE NEL CODICE DI COMPORTAMENTO - VALUTAZIONE SVOLTA PER OGNI AVVIO DI PROCEDIMENTO PENALE DEL DIPENDENTE PER I REATI PRESUPPOSTO INDICATI DALLA NORMA
MONITORAGGIO	Annuale

10 - Formazione del personale

MISURA	FORMAZIONE DEL PERSONALE
RIFERIMENTI NORMATIVI	Art.1, co. 4, 7 e 10 Legge n. 190/2012, Delibere ANAC
DESCRIZIONE DELLA MISURA	La formazione sui temi della legalità e della trasparenza per il personale operante nelle articolazioni aziendali che presentano un grado di esposizione al rischio di corruzione di livello rilevante e critico da completare entro il 30 novembre di ogni anno. La selezione del personale che dovrà partecipare in via obbligatoria a tale percorso formativo sarà effettuata dal Responsabile della prevenzione della corruzione d'intesa con i Responsabili delle articolazioni aziendali interessate, entro il 30 aprile di ciascun anno. Inoltre, saranno assicurate specifiche attività di formazione del Responsabile della prevenzione della corruzione, attività da prevedersi con cadenza annuale.
ATTIVITÀ PROGRAMMATE NEL TRIENNIO 2026-2028	Realizzazione di percorsi formativi al personale operante alle aree a rischio e alle altre figure a vario titolo coinvolte nel processo di prevenzione. Previsione di interventi formativi finalizzati a fornire al RPCT, nella prospettiva di una maggiore professionalizzazione di tale ruolo, tutti gli elementi conoscitivi e le competenze necessarie con riguardo ai metodi e agli strumenti di gestione del rischio corruttivo.
TIPOLOGIA DELLA MISURA	Realizzazione percorsi di formazione specifica
RESPONSABILI	RPCT E Responsabili delle articolazioni aziendali interessate
TEMPI DI ATTUAZIONE	30 novembre 2026
INDICATORI DI MONITORAGGIO	N. CORSI SVOLTI
MONITORAGGIO	Annuale

11 - Tutela del whistleblowing

MISURA	TUTELA DEL WHISTEBLOWING
RIFERIMENTI NORMATIVI	Art. 54 bis del d.lgs. n. 165/2001 come modificato dalla Legge n. 179 del 30/11/2017, Delibera ANAC n. 690 del 01/07/2020, Legge delega n. 53/2021 per il recepimento, mediante Decreto-legge, della Direttiva europea n. 1937/2019, Delibera 469 del 9/06/2021. Decreto Legislativo 24/2023
DESCRIZIONE DELLA MISURA	L'art.1, comma 51 della L. 190/2012 ha introdotto un nuovo articolo nell'ambito del D. Lgs. n. 165/2012, l'art. 54 bis, rubricato "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti", il cosiddetto whistleblower, che prevede la tutela del dipendente che segnala tali fatti all'Autorità Giudiziaria, alla Corte dei Conti o al superiore gerarchico, fatti di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro. Ferma la responsabilità correlata alle ipotesi di calunnia e diffamazione, i dipendenti sono tenuti a segnalare l'esistenza di comportamenti che possano integrare, anche solo potenzialmente, casi di corruzione ed illegalità.
ATTIVITÀ PROGRAMMATE NEL TRIENNIO 2026-2028	Acquisizione e trattazione delle segnalazioni
TIPOLOGIA DELLA MISURA	Controllo
RESPONSABILI	RPCT / Referenti RPCT
TEMPI DI ATTUAZIONE	Triennio di vigenza del PIAO 2026-2028
INDICATORI DI MONITORAGGIO	N. di segnalazioni pervenute su n. di segnalazioni trattate
MONITORAGGIO	ANNUALE

12 - Monitoraggio dei tempi procedurali

MISURA	MONITORAGGIO DEI TEMPI PROCEDIMENTALI
RIFERIMENTI NORMATIVI	Art. 1 comma 9, lett. d) e comma 28 della L. 190/2012
DESCRIZIONE DELLA MISURA	Le amministrazioni provvedono al monitoraggio periodico del rispetto dei tempi procedurali attraverso la tempestiva eliminazione delle anomalie. I risultati del monitoraggio sono consultabili nel sito web istituzionale di ciascuna amministrazione".

MISURA	MONITORAGGIO DEI TEMPI PROCEDIMENTALI
ATTIVITÀ PROGRAMMATE NEL TRIENNIO 2026-2028	I Responsabili delle articolazioni aziendali effettuano il monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti di competenza e, entro il 30 giugno ed entro il 30 novembre di ciascun anno, trasmettono al Responsabile della prevenzione della corruzione apposito report recante gli esiti del monitoraggio. Nel report devono essere riportati i dati relativi al numero di procedimenti conclusi, al numero di procedimenti per i quali sono rispettati i termini, al numero di procedimenti per i quali si è verificato un ritardo con la relativa esplicitazione delle problematiche occorse in caso di ritardo e gli adempimenti correttivi adottati. Il Responsabile della prevenzione della corruzione vigila sulla effettiva realizzazione da parte dei responsabili delle articolazioni aziendali del monitoraggio del rispetto dei termini -per la conclusione dei procedimenti. I report sono pubblicati con cadenza semestrale sul sito aziendale.
TIPOLOGIA DELLA MISURA	Trasparenza
RESPONSABILI	I Responsabili delle Articolazioni aziendali, il RPCT e i Referenti
TEMPI DI ATTUAZIONE	30 giugno e 31 dicembre di ogni anno di scorrimento del PIAO
INDICATORI DI MONITORAGGIO	L'attuazione della Misura sarà rendicontata nella Relazione annuale
MONITORAGGI	30 giugno e 31 dicembre di ogni anno di scorrimento del PIAO

13 - RASA

MISURA	RASA
RIFERIMENTI NORMATIVI	Art. 33 bis D. Lgs. n. 179/2012 e s.m.i..
DESCRIZIONE DELLA MISURA	Il soggetto nominato dalla stazione appaltante quale responsabile per l'Anagrafe Unica (RASA) provvederà alla verifica ed al successivo aggiornamento delle informazioni presenti nell'AUSA e all'invio della domanda di qualificazione.
ATTIVITÀ PROGRAMMATE NEL TRIENNIO 2026-2028	Verifica periodica dei dati inseriti in AUSA
TIPOLOGIA DELLA MISURA	Trasparenza
RESPONSABILI	Il RASA
TEMPI DI ATTUAZIONE	Annuale
INDICATORI DI MONITORAGGIO	L'attuazione della Misura sarà rendicontata nella Relazione annuale
MONITORAGGIO	Annuale

14 - Gestore segnalazioni riciclaggio o finanziamenti del terrorismo (DM 25 settembre 2015 Ministero Interno)

MISURA	RASA
RIFERIMENTI NORMATIVI	DM 25 settembre 2015 Ministero Interno
DESCRIZIONE DELLA MISURA	Il soggetto nominato dalla Direzione Generale "Gestore segnalazioni riciclaggio o finanziamenti del terrorismo" è delegato alla valutazione e trasmissione alla UIF delle segnalazioni che riguardano ipotesi sospette di riciclaggio o finanziamenti del terrorismo, nonché all'adozione di specifico Regolamento aziendale per il contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento al terrorismo
ATTIVITÀ PROGRAMMATE NEL TRIENNIO 2026-2028	Aggiornamento nomina Adozione Regolamento per il contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento al terrorismo Monitoraggio attività
TIPOLOGIA DELLA MISURA	Trasparenza
RESPONSABILI	Direzione Strategica e UU.OO. competenti alla proposta per la nomina Gestore nominato per le attività
TEMPI DI ATTUAZIONE	Annuale
INDICATORI DI MONITORAGGIO	L'attuazione della Misura sarà rendicontata nella Relazione annuale
MONITORAGGIO	Annuale

- Misure di carattere specifico previste per il triennio 2026-2028

Le misure di gestione del rischio corruttivo di carattere specifico, individuate e programmate, con l'indicazione del Responsabile dell'attuazione della misura, dei risultati attesi distinti per anno e dell'indicatore scelto per la valutazione del risultato, sono riportate nell'**Allegato 1 - Sottosezione 2.3 PIAO 2026/2028 - Prevenzione della corruzione - Misure di gestione del rischio corruttivo programmate per il triennio 2026-2028 – Responsabili – Tempistica e Risultati attesi**".

6. Programmazione degli obblighi di trasparenza e del relativo monitoraggio, in conformità al d.lgs. n. 33/2013

A - Premessa

La "Trasparenza" è intesa come "accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche" (art. 1, comma 1, D. Lgs. n. 33/2013, così come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016), ed è uno degli assi portanti della politica di prevenzione e di lotta alla corruzione.

Rappresenta, altresì, lo strumento per garantire ai cittadini la conoscenza dei servizi resi dall'amministrazione, delle loro caratteristiche e delle modalità di erogazione delle prestazioni.

Punto centrale della Trasparenza è la pubblicazione di dati ed informazioni sul sito internet istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente".

B - Obblighi di pubblicazione

La tabella denominata "Obblighi di pubblicazione e Responsabili della trasmissione", contenuta nell'**Allegato 2 - Sottosezione 2.3 PIAO 2026/2028 – Trasparenza – Obblighi di Pubblicazione e Responsabili della trasmissione**" individua gli obblighi di trasparenza previsti dal D. Lgs. n. 33/2013, così come modificati dal D. Lgs. n. 97/2016, applicabili all'ASP e riporta i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria nella Sezione Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale, la denominazione del singolo obbligo, i contenuti dell'obbligo, l'aggiornamento, il Responsabile/Struttura responsabile della pubblicazione dei dati, il termine di scadenza per la pubblicazione, la frequenza del monitoraggio.

Compete ai Dirigenti e ai Funzionari Responsabili delle Unità operative, così come individuati nella tabella "Obblighi di pubblicazione e Responsabili della trasmissione", aggiornare le informazioni ed i documenti sul sito web aziendale, nel rispetto delle frequenze di aggiornamento indicate e nell'osservanza delle disposizioni contenute nel vigente Codice di Comportamento aziendale.

La violazione degli obblighi di pubblicazione può dar luogo ad una sanzione amministrativa a carico del responsabile della violazione, che viene direttamente comminata dall'ANAC.

Per favorire la fruibilità delle informazioni, i soggetti responsabili della produzione dei dati sono tenuti ad osservare i criteri di qualità delle informazioni pubblicate ai sensi dell'art. 6 del D. Lgs. 33/2013:

1. **INTEGRITÀ:** il dato non deve essere parziale.
2. **COMPLETEZZA:** la pubblicazione deve essere esatta, accurata, esaustiva e riferita a tutti gli uffici dell'Amministrazione, ivi comprese le eventuali strutture interne e gli uffici periferici. Per quanto riguarda l'esattezza essa fa riferimento alla capacità del dato di rappresentare correttamente il fenomeno che intende descrivere. L'accuratezza, invece, concerne la capacità del dato di riportare tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative.
3. **TEMPESTIVITÀ:** le informazioni, i dati e i documenti vanno pubblicati nell'immediatezza della loro adozione.
4. **COSTANTE AGGIORNAMENTO:** il dato deve essere attuale e aggiornato rispetto al procedimento a cui si riferisce.
5. **SEMPLICITÀ DI CONSULTAZIONE:** il dato deve essere organizzato in modo da consentirne agevolmente la consultazione, ad esempio evitando articolazioni complesse o ripetuti rinvii esterni.
6. **COMPREENSIBILITÀ:** il dato deve essere chiaro e facilmente intellegibile nel suo contenuto.
7. **OMOGENEITÀ:** il dato deve essere coerente e non presentare contraddittorietà rispetto ad altri dati del contesto d'uso dell'amministrazione che lo detiene.
8. **FACILE ACCESSIBILITÀ E RIUTILIZZABILITÀ:** il dato deve essere predisposto e pubblicato in formato aperto ai sensi dell'art. 1, co. 1, lett. l-bis) e l-ter) del d.lgs. n. 82/2005 "Codice dell'amministrazione digitale" e deve essere riutilizzabile senza ulteriori restrizioni. Le amministrazioni non possono disporre filtri e altre soluzioni tecniche atte ad impedire ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche all'interno della sezione «Amministrazione trasparente»
9. **CONFORMITÀ AI DOCUMENTI ORIGINALI IN POSSESSO DELL'AMMINISTRAZIONE:** occorre assicurare la conformità dei documenti pubblicati all'originale; qualora il dato sia alimentato dai contenuti di atti o documenti, è necessario che non ne sia alterata la sostanza.
10. **INDICAZIONE DELLA LORO PROVENIENZA:** qualora il dato sia il risultato di una rielaborazione di atti o documenti, è necessario indicarne la fonte.
11. **RISERVATEZZA:** la diffusione tramite il sito istituzionale e il trattamento del dato deve rispettare i principi sul trattamento dei dati personali.

La delibera n. 495/2024 come modificata con la delibera n. 481/2025 ha approvato 3 schemi ai sensi dell'art. 48 del decreto legislativo 14 marzo 2013 riferiti agli artt. 4-bis sui pagamenti, 13 sull'organizzazione e 31 sui controlli, in vigore dal 22/01/2026. L'ASP dovrà procedere all'aggiornamento sulla rispettiva Sezione Amministrazione Trasparente.

Si precisa che, ad oggi, per quanto attiene alla pubblicazione di provvedimenti amministrativi, la procedura "Atti Digitali" non trasmette alcun alert/messaggio di notifica alle strutture indicate nel frontespizio, ivi compresa la UOSD Prevenzione della Corruzione, Trasparenza e URP per la successiva pubblicazione nella Sezione "Amministrazione Trasparente". Di conseguenza, allo stato attuale la UOSD Prevenzione della Corruzione, Trasparenza e URP sta procedendo quotidianamente ad una verifica sull'Albo pretorio degli atti approvati e ad una disamina degli atti soggetti a pubblicazione obbligatoria.

Al fine di garantire la pubblicazione nei tempi e nelle modalità previste secondo la normativa vigente da parte delle UU.OO. tenute all'attuazione delle misure di Trasparenza, gli atti amministrativi soggetti a pubblicazione obbligatoria (a titolo di pubblicità dichiarativa, pubblicità costitutiva e pubblicità notizia) sul sito – Amministrazione trasparente - dovranno essere espressamente notificati (anche a mezzo mail) dalla U.O. interessata alla UOSD Prevenzione della Corruzione, Trasparenza e URP perché ne sia disposta la pubblicazione.

Dall'analisi delle modalità organizzative adottate da parte delle altre Aziende del SSR, è emerso che, tutte le Aziende hanno adottato un sistema organizzativo basato sulla **responsabilizzazione di ogni singolo ufficio e dei relativi dirigenti** a cui compete, con il supporto della figura dell'Editor, l'elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati e delle informazioni.

La figura dell'**Editor** deve essere individuata dal responsabile di Unità Operativa, referente del RPCT, ed è incaricata, sotto il controllo di questi, della pubblicazione diretta dei dati di competenza della propria U.O., nelle specifiche sezioni di "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale ASP, e della trasmissione di altre informazioni oggetto di obbligo di pubblicazione, secondo la normativa vigente.

Si ritiene, inoltre, opportuno procedere ad una ridefinizione delle modalità con la quale va tradotto il processo di elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati - **Flussi informativi**. Nello specifico, l'adempimento deve esplicarsi attraverso la pubblicazione diretta – da parte degli Editor, sotto il controllo dei Dirigenti, Direttore/Responsabile delle UU.OO. responsabili delle misure di trasparenza, di notizie, dati e informazioni, nel rispetto della normativa di riferimento nonché dello scadenziario relativo a ciascun dato richiesto (invio tempestivo, trimestrale, semestrale, annuale).

A tal fine, come evidenziato già con la nota Prot. ASP n. 2135 del 09/01/2026, per assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi per l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa ed i relativi aggiornamenti di competenza delle U.O./U.O.S.D. di riferimento, nelle more dell'aggiornamento della procedura di pubblicazione che consenta ad ogni UU.OO.,

tramite un editor all'uopo individuato, di procedere in maniera autonoma a pubblicare le informazioni e gli atti predetti, queste ultime provvederanno a notificare a mezzo mail, tramite il referente dell'ufficio, l'atto/il provvedimento/la nota/il dato oggetto di pubblicazione obbligatoria al RPCT indicandone la sotto - sezione della Sezione Amministrazione Trasparente del sito ASP all'U.O.S.D Prevenzione della Corruzione Trasparenza e U.R.P..

L'UOSD Prevenzione della Corruzione, Trasparenza e URP, nelle more dell'attivazione della pubblicazione autonoma e diretta da parte di ciascuna UU.OO., provvederà a pubblicare nella Sezione Amministrazione Trasparente del sito ASP l'atto/il provvedimento/la nota/il dato oggetto di pubblicazione obbligatoria solo a seguito di espressa comunicazione pervenuta dalla U.O. responsabile della misura di trasparenza in merito al dato/atto oggetto di pubblicazione e relativa sottosezione.

C - Monitoraggio sulla pubblicazione dei dati

Ai sensi degli artt. 43 e 44 del d.lgs. 33/2013 (PNA 2019 e all. 1), PNA 2022 - Del. ANAC 481/2025)

Il controllo, inteso come monitoraggio, consente di verificare la corretta attuazione degli obblighi di trasparenza al fine di intraprendere le adeguate iniziative e porre in atto i necessari rimedi in caso di inadempimento. Il controllo viene pianificato nella presente sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza" del PIAO come atto fondamentale, con cui sono organizzati i flussi informativi necessari garantire l'individuazione/elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati nonché il sistema di monitoraggio sull'attuazione degli stessi.

Per ciascuna tipologia di obblighi di pubblicazione sono indicati: a) i soggetti responsabili delle fasi (elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati e monitoraggio sull'attuazione degli obblighi); b) i termini di pubblicazione; c) le modalità del monitoraggio.

Il RPCT, quale responsabile del monitoraggio sull'attuazione delle misure di trasparenza anche sulla qualità dei dati, coadiuvato da una struttura di supporto e dal gruppo di lavoro dei referenti svolge il controllo.

Il monitoraggio viene svolto a due livelli:

- 1.** ad un primo livello, in **autovalutazione**, i responsabili degli uffici e dei servizi responsabili delle misure chiamati ad adottare le misure di trasparenza;
- 2.** ad un secondo livello, il **RPCT**, coadiuvato da una struttura di supporto e dal gruppo di lavoro dei referenti, ha un ruolo di coordinamento nel monitoraggio sull'effettiva pubblicazione e verifica la veridicità delle informazioni rese in autovalutazione attraverso il controllo degli indicatori previsti per l'attuazione delle misure all'interno del Piano e attraverso la richiesta di documenti,

informazioni e/o qualsiasi “prova” dell’effettiva azione svolta. Il RPCT effettua il monitoraggio dello stato di attuazione delle misure di trasparenza attraverso le seguenti modalità:

- Predisposizione di report specifici da parte dei soggetti responsabili dell’elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati;
- Comunicazioni periodiche, informazioni e disposizioni operative, emanate prioritariamente attraverso modalità semplificate (posta elettronica, ecc.);
- Messa a disposizione di corsi di formazione e di materiale e documentazione di specifico interesse sulla rete informatica aziendale;
- Monitoraggio periodico con cadenza semestrale e attraverso predisposizione di report specifici da parte dei soggetti responsabili dell’elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati secondo le indicazioni del RPCT e indirizzati a quest’ultimo o audit programmati con singole Unità Operative, nell’ambito delle quali è sottoposta una check list inerente gli obblighi di pubblicazione;
- Bilanciamento principi di trasparenza e disciplina sulla tutela dei dati personali (con il supporto del RPD).
- attuazione disciplina sull’accesso, civico semplice e generalizzato e pubblicazione di tutte le informazioni necessarie per consentire l’esercizio dei diritti nella sezione di Amministrazione Trasparente;
- qualsiasi altra modalità ritenuta adeguata ai fini dell’esercizio delle proprie prerogative di coordinamento.

La ritardata o mancata pubblicazione di un dato soggetto ad obbligo sarà segnalato al Responsabile di Unità Operativa il quale dovrà provvedere alla pubblicazione tempestiva e comunque nel termine massimo di giorni quindici (15) dell’atto mancante.

3. Un terzo livello di monitoraggio e controllo sul livello di trasparenza raggiunto dall’amministrazione è esercitato **dall’O.I.V.**, responsabile della corretta applicazione delle linee guida dell’ANAC, che monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso.

L’OIV, nello svolgimento dell’attività di attestazione dello stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione, secondo le indicazioni date ogni anno da ANAC, non verifica solo la mera presenza/assenza del dato o documento nella sezione «Amministrazione trasparente» del sito istituzionale, ma si esprime anche su profili qualitativi che investono la completezza (ovvero se riporta tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative e se è riferito a tutti gli uffici), l’aggiornamento e il formato aperto ed elaborabile del dato pubblicato. Gli esiti delle verifiche vengono trasmessi anche agli organi di vertice dell’Amministrazione al fine di un eventuale aggiornamento degli obiettivi strategici in materia di trasparenza.

Il RPCT, successivamente alla pubblicazione dell'attestazione OIV assume le iniziative, implementa le misure di trasparenza già adottate e ne individua e adotta di ulteriori, utili a superare le criticità segnalate dagli OIV, ovvero idonee a migliorare la rappresentazione dei dati per renderli più chiari e fruibili.

D - Rapporti con il pubblico

Particolare attenzione viene rivolta ai portatori di interessi (*stakeholder*), attraverso della **gestione la comunicazione e i rapporti con il pubblico** (UOSD "Prevenzione della Corruzione, Trasparenza e URP"), ponendo centrali la trasparenza e l'accessibilità per rendere evidente e comprensibile la finalità di soddisfare i bisogni dell'utenza. La trasparenza amministrativa viene intesa come diritto dell'utente a conoscere dati ulteriori rispetto a quelli già pubblicati sul sito istituzionale, con lo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

Gli stakeholders di riferimento sono:

- ✓ I cittadini/utenti e le loro associazioni;
- ✓ L'Università;
- ✓ I Sindacati;
- ✓ Gli ordini professionali;
- ✓ I fornitori di beni, di servizi e di lavori dell'azienda per il tramite delle loro associazioni di categoria;
- ✓ I fornitori di tecnologia (beni durevoli) dell'azienda per il tramite delle loro associazioni di categoria;
- ✓ Le amministrazioni comunali.

E - Tutela della privacy e protezione dei dati personali

Gli adempimenti di trasparenza dovranno essere compatibili con la **tutela della privacy** garantendo il rispetto delle norme e dei regolamenti vigenti, anche con la collaborazione del **DPO aziendale**.

La normativa in materia di privacy è rappresentata da:

- il decreto legislativo 196 del 2003, comunemente noto come Codice della Privacy;
- il GDPR (General Data Protection Regulation - Regolamento UE 2016/679).

L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza – ASP - riconosce la protezione dei dati personali, e in particolare dei **dati relativi alla salute**, quale elemento essenziale per la tutela dei diritti e delle libertà fondamentali degli interessati e quale presupposto imprescindibile per l'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari.

Il trattamento dei dati personali è svolto nel rispetto del **Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR)**, del **D. Lgs. n. 196/2003** come modificato dal **D. Lgs. n. 101/2018**, nonché delle disposizioni nazionali e

regionali in materia sanitaria e delle indicazioni dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali.

a. Principi del trattamento

L'ASP assicura che tutti i trattamenti di dati personali siano effettuati nel rispetto dei principi di:

1. liceità, correttezza e trasparenza;
2. limitazione delle finalità, con particolare riferimento alle finalità di diagnosi, cura, prevenzione, assistenza e programmazione sanitaria;
3. minimizzazione dei dati e proporzionalità;
4. esattezza e aggiornamento delle informazioni sanitarie;
5. limitazione della conservazione;
6. integrità, riservatezza e sicurezza dei dati;
7. responsabilizzazione del Titolare del trattamento.

b. Assetto organizzativo e governance privacy

L'ASP ha in corso la ridefinizione di un assetto organizzativo strutturato per la protezione dei dati personali, individuando:

1. il **Titolare** del trattamento;
2. i **Responsabili** del trattamento, inclusi i fornitori di servizi ICT e i soggetti esterni coinvolti nei processi sanitari e amministrativi;
3. il **Responsabile della Protezione dei Dati (RPD/DPO)**, che svolge attività di consulenza, sorveglianza e supporto in autonomia e indipendenza;
4. i **Designati** al trattamento che trattano dati personali sotto l'autorità del Titolare e che hanno competenze specifiche negli uffici che dirigono;
5. gli **Autorizzati** al trattamento che trattano dati su specifiche istruzioni del Titolare e dei suoi Designati;
6. una rete di **Referenti Privacy** dislocati nelle varie articolazioni aziendali, vista la missione territoriale aziendale.

L'ASP garantisce il costante coinvolgimento del DPO nei processi decisionali che comportano trattamenti di dati personali, in particolare nei progetti di digitalizzazione e innovazione sanitaria.

c. Integrazione della privacy nei processi sanitari e amministrativi

La protezione dei dati personali è integrata nei processi clinici, assistenziali, amministrativi e gestionali dell'ASP attraverso:

1. l'applicazione dei principi di **Privacy by design e Privacy by default**;
2. la gestione e l'aggiornamento del **Registro dei trattamenti**, con specifico riferimento ai trattamenti di dati sanitari;
3. la valutazione dei rischi e, ove necessario, lo svolgimento di **Valutazioni d'Impatto sulla Protezione dei Dati (DPIA)**, in particolare per sistemi informativi sanitari, fascicolo sanitario elettronico, telemedicina e servizi digitali al cittadino;
4. procedure interne per la gestione dei **data breach** e delle violazioni di dati personali;
5. la gestione dell'avvenente **Intelligenza Artificiale** a supporto dei processi amministrativi e clinici.
6. **Sicurezza delle informazioni e dei sistemi sanitari**

L'ASP adotta misure tecniche e organizzative adeguate a garantire la sicurezza dei dati personali e dei sistemi informativi sanitari, anche in coordinamento con le politiche di **sicurezza informatica, continuità operativa e resilienza dei servizi essenziali**.

Tali misure, in costante aggiornamento e adeguamento, sono finalizzate a prevenire accessi non autorizzati, utilizzi impropri, perdite o distruzioni dei dati, con particolare attenzione ai sistemi clinici, alle banche dati sanitarie e alle piattaforme digitali.

d. Formazione e responsabilizzazione del personale

L'ASP promuoverà programmi di **formazione continua e aggiornamento** rivolti al personale sanitario, sociosanitario, amministrativo e tecnico, al fine di rafforzare la consapevolezza in materia di protezione dei dati personali, segreto professionale e sicurezza delle informazioni.

Il personale è tenuto ad operare nel rispetto delle istruzioni impartite dal Titolare del trattamento e delle procedure interne adottate.

e. Trasparenza e tutela dei diritti degli interessati

L'ASP assicura la massima trasparenza nei confronti degli assistiti, dei pazienti, del personale e di tutti gli interessati, garantendo informative chiare e accessibili e l'effettivo esercizio dei diritti previsti dagli articoli 15–22 del GDPR.

Sono definite procedure dedicate per la gestione delle richieste di accesso, rettifica, limitazione, opposizione e per la tutela dei diritti in ambito sanitario, nel rispetto della normativa vigente.

F - Trasparenza e PNRR

Con riferimento agli **obblighi di pubblicazione afferenti ai contratti pubblici stipulati dall'ASP a valere sui fondi rinvenienti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)** sussiste la disciplina speciale declinata dal Ministero dell'Economie e delle Finanze afferente alla trasparenza in merito ai relativi dati, mediante la trasmissione al sistema informativo "**ReGiS**", così come descritta nella parte Speciale del PNA 2022.

Il sistema "**ReGiS**", sviluppato dalla Ragioneria Generale dello Stato, in attuazione della legge di Bilancio 2021 e dal DPCM 15 settembre 2021, rappresenta la **modalità unica** attraverso cui le Amministrazioni centrali e territoriali, gli uffici e le strutture coinvolte nell'attuazione possono adempiere agli obblighi di monitoraggio, rendicontazione e controllo delle misure e dei progetti finanziati dal PNRR.

ReGiS è rivolto, dunque, alla rilevazione e diffusione dei dati di monitoraggio del PNRR e mira a supportare gli adempimenti di rendicontazione e controllo previsti dalla normativa vigente.

Restano comunque fermi gli obblighi di pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente" e l'applicazione dell'accesso civico semplice e generalizzato previsti dal d. lgs. n. 33/2013, anche alla luce delle indicazioni generali dettate da ANAC.

L'Azienda Sanitaria di Potenza, al fine di garantire la piena conoscibilità degli interventi PNRR posti in essere, ha altresì creato sulla **home page** del proprio sito istituzionale un apposito collegamento alla pagina "*SCOPRI I PROGETTI PNRR*" (<https://www.aspbasilicata.it/piano-nazionale-ripresa-e-resilienza-pnrr/>).

G - L'Attestazione dell'esatto adempimento degli obblighi di Trasparenza

Allo scopo di verificare l'esatto adempimento degli obblighi di trasparenza previsti dalla normativa vigente, l'ANAC ha individuato alcune categorie di dati, per i quali sussiste l'obbligo di pubblicazione, e previsto **l'attestazione degli stessi da parte degli OIV**, entro scadenze che assicurano ai medesimi soggetti un tempo idoneo alla migliore organizzazione delle correlate attività di rilevazione, monitoraggio e pubblicità.

La verifica della corretta pubblicazione dovrà riguardare:

- l'effettiva corrispondenza dei dati pubblicati nelle forme e nei contenuti indicati sia dalle norme primarie che da eventuali ulteriori atti (regolamenti e atti di indirizzo) adottati dai singoli enti.
- l'assenza di filtri e/o altre soluzioni tecniche atte ad impedire ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche all'interno della sezione "Amministrazione trasparente" salvo le ipotesi consentite dalla normativa vigente, trattandosi di adempimento (artt. 7 e 9 del d.lgs. 33/2013) che assicura, in concreto, la trasparenza amministrativa e la effettiva disponibilità e riutilizzabilità dei dati pubblicati.

L'attestazione deve tener conto dello stato di pubblicazione dei dati al 31 maggio.

I dati la cui pubblicazione si chiede di attestare, in particolare, sono:

- 1) Consulenti e collaboratori (art. 15 d.lgs. n. 33/2013; art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001)
- 2) Personale (artt. 10,14,16,17,18, e 21 d.lgs. n. 33/2013; art. 20, d.lgs. n. 39/2013)
- 3) Bandi di concorso (art. 19 d.lgs. n. 33/2013)
- 4) Bandi di gara e contratti (art. 37 d.lgs. n. 33/2013; artt. 23 e 28 d.lgs. n. 36/2023, delibere ANAC n. 261/2023 e n. 264/2023 come integrata e modificata dalla delibera ANAC n. 601/2023)
- 5) Bilanci (art. 29 d.lgs. n. 33/2013)
- 6) Interventi straordinari di emergenza (art. 42 d.lgs. n. 33/2013)
- 7) Altri contenuti / Prevenzione della corruzione (l. 190/2012, d.lgs. 39/2013, dl 80/2021, DPR 81/2022).

Per ciascun dato, documento e informazione oggetto di attestazione, gli indicatori di qualità sono:

- 1) la pubblicazione;
- 2) la completezza di contenuto;
- 3) la completezza rispetto agli uffici o ai soggetti tenuti;
- 4) l'aggiornamento;
- 5) il formato.

Per le verifiche sull'indicatore di pubblicazione, inteso ad accertare l'avvenuta pubblicazione del dato, le opzioni fornite dal servizio web sono: 1) Non pubblicato; 2) Pubblicato ma non in sezione "Amministrazione trasparente"; 3) Pubblicato in sezione "Amministrazione trasparente".

Per le verifiche sugli indicatori di completezza di contenuto, completezza rispetto agli uffici o soggetti, aggiornamento e apertura formato, le opzioni fornite dal servizio web, intese a misurare il grado di assolvimento dell'obbligo di pubblicazione, sono: 1) 0%; 2) 1% – 33%; 3) 34%-66%; 4) 67% - 99%; 5) 100%.

Allo scopo di aumentare il livello di trasparenza dei dati, delle informazioni e dei documenti, facilitandone la reperibilità e l'uso, il RPCT assicurerà che in applicazione delle disposizioni di cui all'art.1 cc.32, 35 e 42 della L.190/12 i dati siano pubblicati in **formato aperto**. In particolare, il c. 35 della stessa norma stabilisce che *“per formati di dati aperti si devono intendere almeno i dati resi disponibili e fruibili on line in formati non proprietari, a condizione tali da permettere il più ampio riutilizzo anche a fini statistici e la redistribuzione senza ulteriori restrizioni d'uso, di riuso o di diffusione diverse dall'obbligo di citare la fonte e di rispettare l'integrità”*.

L'attestazione degli OIV deve essere pubblicata da parte del Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza nella sezione «Amministrazione trasparente» sotto-sezione di primo livello «Controlli e rilievi sull'amministrazione», sotto-sezione di secondo livello «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» entro il 15 luglio successivo.

Il RPCT, successivamente alla pubblicazione dell'attestazione OIV, avrà cura di assumere le iniziative (misure di trasparenza) utili a superare le criticità segnalate dagli OIV, ovvero migliorare la rappresentazione dei dati per renderli più chiari e fruibili, e predisporre, nel caso di ottemperanza, nota di avvenuto adeguamento, da pubblicare tempestivamente nella medesima sotto-sezione di Amministrazione Trasparente.

L'OIV, nell'evenienza in cui il punteggio attribuito è inferiore al 100% (anche in uno solo dei diversi indicatori) avranno cura di monitorare le misure di adeguamento agli obblighi di pubblicazione

adottate dalle amministrazioni/enti, società, verificando entro il **30 novembre successivo** il permanere o il superamento delle sole criticità esposte nella citata scheda di rilevazione (punteggi attribuiti inferiori al 100%); le verifiche, condotte sugli obblighi oggetto di attestazione, riguarderanno i medesimi indicatori esaminati in fase di rilevazione.

L'attestazione dell'OIV completa della scheda delle verifiche di monitoraggio e dell'eventuale elenco delle inadempienze alla data del 30 novembre, compilate tramite il servizio web fornito dall'Autorità, è pubblicata a cura del RPCT, entro il 15 gennaio successivo, nella sezione «Amministrazione trasparente» sotto-sezione di primo livello «Controlli e rilievi sull'amministrazione», sotto-sezione di secondo livello «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».

L'OIV segnala alla Direzione Strategica e, nei casi più gravi, all'Ufficio di Disciplina, l'elenco delle inadempienze con evidenza dei casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione, ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare e delle altre forme di responsabilità connesse all'inosservanza.

Si richiama, inoltre, **l'applicazione delle disposizioni previste dall'art. 46 del d.lgs. 33/2013 in base alle quali l'inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente costituisce elemento di valutazione negativa della responsabilità dirigenziale ed eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione, valutata ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili.**

L'Anac potrà utilizzare l'elenco delle inadempienze in materia di trasparenza, predisposto dall'OIV per contestare agli enti inadempienti la violazione delle norme sulla trasparenza degli obblighi oggetto di attestazione e chiedere conto delle iniziative assunte.

H - Durata delle pubblicazioni

I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, ai sensi dell'art. 8 c. 3 del D.Lgs. n. 33/13, sono **pubblicati per un periodo di cinque anni**, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti, fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa in materia di trattamento dei dati personali e di quanto previsto da specifiche previsioni normative. Alla scadenza del termine di durata dell'obbligo di pubblicazione, i documenti, le informazioni e i dati saranno comunque conservati e resi disponibili all'interno di distinte sezioni del sito di archivio.

I - Trasparenza del Servizio Sanitario Nazionale

L' Art. 41 del D. Lgs. n. 33/2013 testualmente dispone:

“1. Le amministrazioni e gli enti del servizio sanitario nazionale, dei servizi sanitari regionali, ivi comprese le aziende sanitarie territoriali (...), sono tenute all'adempimento di tutti gli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente.

1-bis. Le amministrazioni di cui al comma 1 pubblicano altresì, nei loro siti istituzionali, i dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio, e ne permettono la consultazione, in forma sintetica e aggregata, in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari.

2. Le aziende sanitarie (...) pubblicano tutte le informazioni e i dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo, nonché degli incarichi di responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse, ivi compresi i bandi e gli avvisi di selezione, lo svolgimento delle relative procedure, gli atti di conferimento.

3. Alla dirigenza sanitaria di cui al comma 2 si applicano gli obblighi di pubblicazione di cui all'articolo 15. Per attività professionali, ai sensi del comma 1, lettera c) dell'articolo 15, si intendono anche le prestazioni professionali svolte in regime intramurario.

4. È pubblicato e annualmente aggiornato l'elenco delle strutture sanitarie private accreditate. Sono altresì pubblicati gli accordi con esse intercorsi.

5. Le regioni includono il rispetto di obblighi di pubblicità previsti dalla normativa vigente fra i requisiti necessari all'accreditamento delle strutture sanitarie.

6. Gli enti, le aziende e le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario sono tenuti ad indicare nel proprio sito, in una apposita sezione denominata «Liste di attesa», i criteri di formazione delle liste di attesa, il tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.

Sono altresì tenuti a pubblicare nel proprio sito internet istituzionale i bilanci certificati e i dati sugli aspetti qualitativi e quantitativi dei servizi erogati e sull'attività medica svolta”

Tanto premesso, si precisa:

1) per il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo, il responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse l'ASP è tenuta ad assolvere gli obblighi di trasparenza disposti dall'art. 41 D. Lgs. 33/2013;

2. Per i titolari di incarichi di Direzione si applica l'art. 14⁶, comma 1 bis, D. Lgs. 33/2013 come rimodulato dalla sentenza della Corte Costituzionale del 23 gennaio - 21 febbraio 2019 n. 20.

⁶ Art. 14 D. Lgs. n. 33/2013

Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali

1. Con riferimento ai titolari di incarichi politici, anche se non di carattere elettivo, di livello statale regionale e locale, lo Stato, le regioni e gli enti locali pubblicano i seguenti documenti ed informazioni:

- a) l'atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo;
- b) il curriculum;
- c) i compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica; gli importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici;
- d) i dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, ed i relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti;
- e) gli altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e l'indicazione dei compensi spettanti;
- f) le dichiarazioni di cui all'articolo 2, della legge 5 luglio 1982, n. 441, nonché le attestazioni e dichiarazioni di cui agli articoli 3 e 4 della medesima legge, come modificata dal presente decreto, limitatamente al soggetto, al coniuge non separato e ai parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano. Viene in ogni caso data evidenza al mancato consenso. Alle informazioni di cui alla presente lettera concernenti soggetti diversi dal titolare dell'organo di indirizzo politico non si applicano le disposizioni di cui all'articolo 7.

1-bis. Le pubbliche amministrazioni pubblicano i dati di cui al comma 1 per i titolari di incarichi o cariche di amministrazione, di direzione o di governo comunque denominati, salvo che siano attribuiti a titolo gratuito, e per i titolari di incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione.

1-ter. Ciascun dirigente comunica all'amministrazione presso la quale presta servizio gli emolumenti complessivi percepiti a carico della finanza pubblica, anche in relazione a quanto previsto dall'articolo 13, comma 1, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89. L'amministrazione pubblica sul proprio sito istituzionale l'ammontare complessivo dei suddetti emolumenti per ciascun dirigente.

1-quater. Negli atti di conferimento di incarichi dirigenziali e nei relativi contratti sono riportati gli obiettivi di trasparenza, finalizzati a rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, da indicare sia in modo aggregato che analitico. Il mancato raggiungimento dei suddetti obiettivi determina responsabilità dirigenziale ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. Del mancato raggiungimento dei suddetti obiettivi si tiene conto ai fini del conferimento di successivi incarichi.

1-quinquies. Gli obblighi di pubblicazione di cui al comma 1 si applicano anche ai titolari di posizioni organizzative a cui sono affidate deleghe ai sensi dell'articolo 17, comma 1-bis, del decreto legislativo n. 165 del 2001, nonché nei casi di cui all'articolo 4-bis, comma 2, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78 e in ogni altro caso in cui sono svolte funzioni dirigenziali. Per gli altri titolari di posizioni organizzative è pubblicato il solo curriculum vitae.

2. Le pubbliche amministrazioni pubblicano i dati di cui ai commi 1 e 1-bis entro tre mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi dalla cessazione del mandato o dell'incarico dei soggetti, salve le informazioni concernenti la situazione patrimoniale e, ove consentita, la dichiarazione del coniuge non separato e dei parenti entro il secondo grado, che vengono pubblicate fino alla cessazione dell'incarico o del mandato. Decorsi detti termini, i relativi dati e documenti sono accessibili ai sensi dell'articolo 5.

La Corte Costituzionale, con sentenza 23 gennaio - 21 febbraio 2019 n. 20, ha dichiarato "l'illegittimità costituzionale dell'art. 14, comma 1-bis, del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, nella parte in cui prevede che le pubbliche amministrazioni pubblicano i dati di cui all'art. 14, comma 1, lettera f), dello stesso decreto legislativo anche per tutti i titolari di incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione, anziché solo per i titolari degli incarichi dirigenziali previsti dall'art. 19, commi 3 e 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche)".

2. Sono invece da ritenersi esclusi dagli obblighi di trasparenza previsti all'art. 14 i dirigenti del SSN, a qualunque ruolo appartengano, che non rivestono le posizioni indicate all'art. 41, co. 2. Ad essi si applica il disposto dell'art. 15⁷.

3. Alla dirigenza sanitaria vanno ricondotti sia i dirigenti medici, odontoiatri e veterinari, che nell'ambito della contrattazione costituiscono l'area dirigenziale IV (Sanità medica e veterinaria), sia i dirigenti non medici che esercitano professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica, afferenti all'area dirigenziale III (Sanitaria, professionale tecnica ed amministrativa).

Gli obblighi di pubblicazione di cui all'art. 41, cc. 2 e 3, del d.lgs. n. 33/2013 si applicano all'intera dirigenza sanitaria e, quindi, riguardano sia i dirigenti medici sia i dirigenti non medici afferenti al ruolo sanitario. Ai soli fini della pubblicazione dei compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica previsti all'art. 14, co. 1, lett. c), va considerata anche l'attività professionale intramoenia dei soli dirigenti individuati all'art. 41, co. 2, del d.lgs. 33/2013.

4. Considerato quanto previsto dall'art. 8 del d.lgs. n. 502/1992 in ordine al rapporto esistente tra il servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, l'azienda sanitaria non è tenuta a pubblicare i dati di cui all'art. 14 del d.lgs. n. 33/2013, atteso che gli specialisti di cui sopra non sono titolari di incarichi dirigenziali.

L'ASP è tenuta ad indicare nel proprio sito, in una apposita sezione denominata "Liste di attesa", i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata, suddivisi per classe di priorità ed ambiti territoriali.

L - Dati ulteriori

Ai sensi dell'art. 7-bis, c. 3 del d.lgs. n. 33/2013 e dell'art. 1, c. 9, lett. f) della l. n. 190/2012 è disposta la pubblicazione dei seguenti "dati ulteriori" nell'Amministrazione Trasparente del sito internet istituzionale, nel rispetto della disciplina rilevante in materia di protezione dei dati personali:

- i dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, ai sensi della legge n. 24/2017;

⁷ Art. 15 *Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi di collaborazione o consulenza*

1. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 9-bis e fermi restando gli obblighi di comunicazione di cui all'articolo 17, comma 22, della legge 15 maggio 1997, n. 127, le pubbliche amministrazioni pubblicano e aggiornano le seguenti informazioni relative ai titolari di incarichi di collaborazione o consulenza:

a) gli estremi dell'atto di conferimento dell'incarico;

b) il curriculum vitae;

c) i dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali;

d) i compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di consulenza o di collaborazione, con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato.

- dati relativi al censimento delle autovetture di servizio, già oggetto di comunicazione obbligatoria al Dipartimento di Funzione Pubblica ai sensi dell'art. 4 c.1 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 25 settembre 2014;

Con delibera 495 del 25 settembre 2024, l'ANAC, ha approvato 3 schemi di pubblicazione (riferiti agli artt. 4-bis sui pagamenti, 13 sull'organizzazione e 31 sui controlli) successivamente modificati con Delibera n. 481/2025, in vigore dal 22 gennaio 2026.

M - Accesso civico Semplice e Generalizzato

L'Ordinamento prevede tre tipologie di accesso:

1. L'accesso "documentale" (ex L. 241/90): ai soggetti titolari di un interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso è consentito accedere ed estrarre copia dei documenti amministrativi. La competenza sull'istruttoria utile al rilascio della documentazione predetta resta in capo all'ufficio che ha trattato l'atto amministrativo o il provvedimento richiesto. Si applicano le limitazioni/esclusioni previste dall'art. 24 di cui alla L. 241/90

L'istanza può essere trasmessa per via telematica o postale ad uno dei seguenti uffici:

- all'Ufficio che ha trattato la documentazione richiesta;
- all'Ufficio relazioni con il pubblico.

Nel caso di accoglimento dell'istanza che presuppone l'estrazione in copia degli stessi, si rimanda al Regolamento aziendale che stabilisce i relativi oneri dovuti.

L'amministrazione entro 30 giorni, in caso di accoglimento dell'istanza, procede alla trasmissione dei dati, documenti o informazioni richiesti. In caso di diniego (espresso o tacito) è possibile richiedere il riesame al Difensore civico o al TAR.

Le informazioni relative agli strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale previsti dalla normativa vigente possono essere richieste, in caso di inottemperanza degli Uffici responsabili delle procedure, al responsabile del Potere sostitutivo.

2. L'accesso civico c.d. "semplice" (Art. 5 comma 1 D. Lgs 33/2013) possibilità di accedere a documenti, informazioni e dati oggetto di pubblicazione obbligatoria. Non richiede requisiti di qualificazione da parte del richiedente e può essere esercitato da chiunque in caso di mancata pubblicazione.
3. L'accesso civico "generalizzato" (introdotto dal D. Lgs. n. 97 del 2016 nel D. Lgs. 33/2013 - (Art. 5 comma 2) ha ad oggetto tutti i dati, i documenti e le informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di

pubblicazione e richiede necessariamente un provvedimento espresso e motivato, da comunicare al richiedente e agli eventuali controinteressati, nel termine di trenta giorni dalla presentazione della domanda. Il termine è derogabile soltanto quando la richiesta deve essere comunicata a un eventuale controinteressato. A decorrere dalla comunicazione ai controinteressati, il termine è sospeso fino all'eventuale opposizione dei controinteressati. Decorso tale termine, la pubblica amministrazione provvede sulla richiesta, accertata la ricezione della comunicazione.

E' riconosciuto allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico.

Non prevedendo un interesse giuridico soggettivo da proteggere può essere esercitato da chiunque e porta molto spesso ad una attività valutativa complessa per gli uffici chiamati di volta in volta a bilanciamento tra l'interesse pubblico alla *disclosure* generalizzata e la tutela di alcune posizioni considerate meritevoli dall'ordinamento "Interessi giuridici limite" esplicitate dall'art. 5 bis del D.Lgs 33/2013 (pubblici (art. 5 bis, comma 1) e privati (art. 5 bis, comma 2) suscettibili di determinare una eventuale esclusione dell'accesso, cui si associano i casi di divieto assoluto (art. 5 bis, comma 3).

L'istanza può essere trasmessa per via telematica, secondo le modalità previste dal decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e s. m., compilando il modulo per l'accesso generalizzato ed è presentata alternativamente ad uno dei seguenti uffici:

- all'ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti, consultabile nell'apposito elenco delle caselle pec dell'ASP;
- all'Ufficio relazioni con il pubblico.

L'amministrazione entro 30 giorni, in caso di accoglimento dell'istanza, procede alla trasmissione dei dati, documenti o informazioni richiesti.

Nei casi di diniego dell'accesso civico e generalizzato o di mancata risposta entro il termine indicato, il richiedente può presentare richiesta di riesame al Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza.

Le Linee Guida ANAC - Delibera n. 1309/2016 e la Circolare del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione n. 2/2017 prevedono la pubblicazione del **Registro degli accessi**.

Il registro contiene l'elenco delle richieste di accesso presentate all'ASP e riporta l'oggetto e la data dell'istanza e il relativo esito con la data della decisione.

L'elenco delle richieste viene aggiornato semestralmente, come indicato nell'Allegato 1 delle Linee Guida ANAC - Delibera n. 1309/2016, seguendo la griglia di seguito riportata.

Registro Accessi (Semplice e Generalizzato) da pubblicare con i dati forniti dalle Unità Operative e aggiornato a cadenza semestrale secondo la tabella di monitoraggio allegata.

Unità operativa coinvolta nei procedimenti di Accesso Civico.	Tipologia Accesso Civico: S= <i>Semplice</i> G= <i>Generalizzato</i> A = <i>Altro</i>	Data accesso e Protocollo.	Esito alla parte e protocollo di chiusura. Eventuale riesame.
---	--	----------------------------	---

Riepilogo

	Accesso Documentale	Accesso civico Semplice	Accesso Civico Generalizzato
Normativa di riferimento	Artt. 22 e ss. L. n. 241/1990	Art. 5, comma 1, D. Lgs. n. 33/2013	Art. 5, comma 2, D. Lgs. n. 33/2013
Legittimazione	Tutti i soggetti privati, compresi quelli portatori di interessi pubblici o diffusi	Chiunque	Chiunque
Finalità	Tutela di un interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso. Deve comunque essere garantito ai richiedenti l'accesso ai documenti amministrativi la cui conoscenza sia necessaria per curare o per difendere i propri interessi giuridici. Nel caso di documenti contenenti dati sensibili e giudiziari, l'accesso è consentito nei limiti in cui sia strettamente indispensabile e nei termini previsti dall'art. 60 del D. Lgs. n. 196/2003 in caso di dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale	Atti a pubblicazione obbligatoria previsti dal D. Lgs.n. 33/2013	Favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico.
Oggetto	Documento amministrativo: ogni rappresentazione grafica, fotocinematografica, elettromagnetica o di qualunque altra specie del contenuto di atti, anche interni o non relativi ad uno specifico procedimento, detenuti da una pubblica amministrazione e concernenti attività di pubblico interesse, indipendentemente dalla natura pubblicistica o privatistica della loro disciplina sostanziale;	Documenti, informazioni o dati per i quali sussiste l'obbligo di pubblicazione obbligatoria ai sensi del D. Lgs. n. 33/2013	Dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del D. Lgs. n. 33/2013
Termine	30 giorni dalla richiesta, Decorsi inutilmente, l'istanza si intende respinta.	30 giorni dalla presentazione dell'istanza Quando l'istanza riguarda dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del D. Lgs. 33/13, l'ASP provvede a 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.	30 giorni dalla presentazione dell'istanza con provvedimento espresso e motivato e con la comunicazione al richiedente e agli eventuali controinteressati

Costi	Regolamento aziendale	Gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall'amministrazione per la riproduzione su supporti materiali.	Gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall'amministrazione per la riproduzione su supporti materiali.
Limitazioni	Art. 24 L. n. 241/1990	D. Lgs. n. 33/2013	Rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'articolo 5-bis
Riesame	In caso di diniego dell'accesso, espresso o tacito, o di differimento dello stesso ai sensi dell'articolo 24, comma 4, il richiedente può presentare ricorso al tribunale amministrativo regionale o al difensore civico competente per ambito territoriale	Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato il richiedente può presentare richiesta di riesame al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni.	Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato, il richiedente può presentare richiesta di riesame al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni.
Competenza all'istruttoria	Ufficio che ha trattato la documentazione richiesta	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, ove l'istanza abbia a oggetto dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del presente decreto	Ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti.
Comunicazione controinteressati	SI Art. 22, comma 1, lett. c) e art. 3 DPR n. 184/2006	NO (Art. 5, comma 5, "Fatti salvi i casi di pubblicazione obbligatoria")	SI Artt. 5 comma 4 e 5-bis, comma 2, D. Lgs. n. 33/2013.
Da pubblicare sul Registro Accessi	NO	SI	SI

L'ASP ha il potere-dovere di esaminare l'istanza di accesso agli atti e ai documenti pubblici, formulata in modo generico o cumulativo dal richiedente senza riferimento ad una specifica disciplina, anche alla stregua della disciplina dell'accesso civico generalizzato, a meno che l'interessato non abbia inteso fare esclusivo, inequivocabile, riferimento alla disciplina dell'accesso documentale, nel qual caso essa dovrà esaminare l'istanza solo con specifico riferimento ai profili della l. n. 241 del 1990, senza che il giudice amministrativo, adito ai sensi dell'art. 116 c.p.a., possa mutare il titolo dell'accesso, definito dall'originaria istanza e dal conseguente diniego adottato dalla pubblica amministrazione all'esito del procedimento (Consiglio di Stato - Adunanza Plenaria n. 10/2020).

N - Riservatezza

Il diritto dei cittadini di conoscere l'assetto strutturale e il modo di operare delle amministrazioni pubbliche e, nello specifico, dell'ASP e dei suoi operatori, finalizzato al conseguente controllo sociale sulla *res publica*, deve essere,

comunque, conformato al rispetto del principio di proporzionalità previsto dalla vigente disciplina in materia di protezione dei dati personali.

Chiunque ha il diritto di richiedere dati, informazioni e documenti nei casi in cui sia stata omessa la loro dovuta pubblicazione in “Amministrazione Trasparente” e di accedere ai dati ed ai documenti “ulteriori” rispetto a quelli per i quali la legge prevede un obbligo di pubblicazione.

Ferma restando la sostanziale differenza tra disciplina della trasparenza e quella sull'accesso ai documenti amministrativi, è da ritenere che alcuni limiti posti all'accesso dall'art. 24 della Legge n. 241/90 e dall'art. 5 bis del D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. siano riferibili anche alla disciplina della trasparenza, in quanto finalizzati alla salvaguardia di interessi pubblici fondamentali e prioritari rispetto al diritto di conoscere i documenti amministrativi.

Particolare attenzione sarà posta sul bilanciamento degli interessi tra il dovere dell'ASP alla pubblicazione degli atti sul web (Amministrazione trasparente e Albo pretorio on-line) ed il diritto alla riservatezza degli interessati (persone fisiche), in ossequio ai principi di minimizzazione, pertinenza e non eccedenza sanciti dal Regolamento generale sulla protezione dei dati.

O - Monitoraggio annuale consultazione del portale istituzionale - (numero di accessi medi giornalieri)

L'ASP provvede al monitoraggio e alla redazione del report relativo ai flussi di accesso web alle diverse sezioni del portale ASP.

SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Organizzazione del lavoro agile

Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (di seguito POLA), come previsto dalla normativa vigente, è lo strumento di programmazione del Lavoro Agile e delle sue modalità di attuazione e sviluppo.

Con Delibera del Direttore Generale n. 613 del 14 settembre 2022 si è provveduto all'approvazione del Piano Organizzativo del Lavoro Agile 2022/2024 nell'ambito del quale sono stati declinati i livelli di attuazione di tale nuova modalità di estrinsecazione dell'attività lavorativa (con particolare riferimento al periodo pandemico e alle discipline normative che ne hanno stimolato, se non resa dovuto, l'accesso a tale schema lavorativo) nonché gli obiettivi finalizzati ad una sua migliore declinazione, con anche una più strutturata procedura di autorizzazione e controllo.

Ad oggi non sono pervenuti aggiornamenti per cui si rinvia a quanto contenuto nel PIAO 2025-2027.

3.2 Piano triennale dei fabbisogni di personale

Piano triennale dei fabbisogni di personale (P.T.F.P.) 2026-2028

- D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165

Si richiamano, in particolare, l'art. 6:

1. *Le amministrazioni pubbliche definiscono l'organizzazione degli uffici per le finalità indicate all'articolo 1, comma 1, adottando, in conformità al piano triennale dei fabbisogni di cui al comma 2, gli atti previsti dai rispettivi ordinamenti, previa informazione sindacale, ove prevista nei contratti collettivi nazionali.*
2. *Allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, le amministrazioni pubbliche adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'articolo 6-ter. Qualora siano individuate eccedenze di personale, si applica l'articolo 33. Nell'ambito del piano, le amministrazioni pubbliche curano l'ottimale distribuzione delle risorse umane attraverso la coordinata attuazione dei processi di mobilità e di reclutamento del personale, anche con riferimento alle unità di cui all'articolo 35, comma 2. Il piano triennale indica le risorse finanziarie destinate all'attuazione del piano, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzioni previste a legislazione vigente.*
3. *In sede di definizione del piano di cui al comma 2, ciascuna amministrazione indica la consistenza della dotazione organica e la sua eventuale rimodulazione in base ai fabbisogni programmati e secondo le linee di indirizzo di cui all'articolo 6-ter, nell'ambito del potenziale limite finanziario massimo della medesima e di quanto previsto dall'articolo 2, comma 10-bis, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, garantendo la neutralità finanziaria della rimodulazione. Resta fermo che la copertura dei posti vacanti avviene nei limiti delle assunzioni consentite a legislazione vigente.*

e l'art. 6 ter che, ai commi di seguito riportati, prevede:

1. *Con decreti di natura non regolamentare adottati dal ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, sono definite, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, linee di indirizzo per orientare le amministrazioni pubbliche nella predisposizione dei rispettivi piani dei fabbisogni di personale ai sensi dell'art.6 comma 2, anche con riferimento a fabbisogni prioritari o emergenti di nuove figure e competenze professionali"*
2. (...)
3. *Con riguardo alle regioni, agli enti regionali, al sistema sanitario nazionale e agli enti locali, i decreti di cui al comma 1 sono adottati previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131. Con riguardo alle aziende e agli enti del Servizio sanitario nazionale, i decreti di cui al comma 1 sono adottati di concerto anche con il Ministro della salute.*

Le modificazioni e integrazioni apportate complessivamente dal D.Lgs. 25 maggio 2017 n. 75 al

T.U. alla fonte principale dell'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche (D.Lgs. n. 165/2001) hanno introdotto significative innovazioni in tema di programmazione definizione delle attività sottese alla provvista di personale. Tali novità possono così sintetizzarsi:

- la determinazione dei fabbisogni di personale è assoggettata e derivata da specifici atti di programmazione che rifuggono dagli automatismi precedenti e relativi alla sussistenza di necessità complessivamente previste nella, ormai superata, dotazione organica;
- vi è una sostanziale inversione del tradizionale rapporto tra piani delle assunzioni e dotazione organica; la dotazione organica non rappresenta più l'atto ricognitivo originario delle necessità di personale rispetto a linee di attività individuate ex ante e scisse dalle concrete fasi attuative della programmazione delle attività, ma piuttosto è divenuta il portato e l'esito della definizione del piano dei fabbisogni;
- vi è quindi una traslazione da uno strumento programmatico statico, come la dotazione organica, ad uno strumento di natura gestionale e dinamica, che definisce le necessità in base a due essenziali parametri: il budget di spesa disponibile e le concrete esigenze da soddisfare. Sono quindi rimossi gli "aprioristici" limiti posti dalla dotazione organica;
- tale nuova impostazione determina un processo di maggiore responsabilizzazione delle amministrazioni, chiamate ad operare una redistribuzione del personale e scelte allocative delle nuove immissioni di personale, sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo, tenendo conto delle effettive esigenze e non più di precostituite determinazioni di fabbisogni;
- la maggiore elasticità del sistema ha lo scopo precipuo di orientare le risorse verso quegli ambiti di azione ritenuti maggiormente rispondenti alle esigenze espresse dai fruitori nonché di sviluppo dei servizi offerti e di miglioramento della qualità.

Pur nella consapevolezza che la nuova impostazione ben si attaglia ad un nuovo sistema che tende a dare migliore coerenza al rapporto tra le risorse assegnate, la programmazione aziendale (piani della performance) e la verifica dei risultati, occorre comunque sottolineare che le limitazioni poste alla possibilità di spesa incidono in maniera fondamentale sulla capacità delle nuove regole di impattare in maniera determinante sul miglioramento dei servizi.

Invero, ed in particolare nei servizi sanitari, le risorse spendibili in base all'innovato quadro normativo di riferimento (art. 11 del D.L. 30 aprile 2019 n. 35, convertito in L. 30 giugno 2019 n. 60) consentono esclusivamente di soddisfare le necessità nascenti dal turn over, senza però tener conto sia delle progressive (e dovute all'utenza) implementazioni dei servizi sia del graduale depauperamento dell'essenziale fattore della produzione rappresentato dal personale, dovuto alla pregressa applicazione delle disposizioni di cui all'art. 1, comma 584, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.

In particolare quest'ultima previsione ha avuto un impatto particolarmente rilevante per il

Servizio Sanitario Regionale, atteso che alla data di riferimento del valore di costo da contenere (1,4% del costo per il personale sostenuto nell'anno 2004) non erano attivi due fondamentali strutture quali il 118 e il CROB di Rionero; conseguentemente, nel periodo dal 2006 al 2018 l'intero sistema ha dovuto "recuperare" nell'ambito delle strutture già attive nel 2004 i maggiori costi (e rilevanti) di personale conseguenti all'avvio delle attività riferite all'Emergenza/Urgenza 118 e all'I.R.C.C.S..

- Decreto Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica – 8 maggio 2018

Il Decreto, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 173 del 27 luglio 2018, reca le "Linee di Indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche" e individua la metodologia che le amministrazioni pubbliche debbono seguire nell'organizzazione e nella definizione del proprio fabbisogno di personale.

Occorre precisare che dette linee di indirizzo:

- prevedono uno specifico punto (punto 7) per le aziende ed enti del Servizio Sanitario Nazionale, nella quale sono formulate alcune indicazioni in merito sia alle valutazioni organizzative che alle modalità di concreta individuazione delle risorse umane da assumersi;
- richiamano la doverosità del rispetto dei limiti finanziari, precisando che è la Regione a dover presidiare il rispetto dei vincoli posti dalla normazione nazionale e che, quindi, è il "consolidato" regionale a rappresentare l'elemento di valutazione ai fini della verifica di adempimento circa l'effettivo conseguimento degli obiettivi di spesa;
- sotto il profilo procedurale si prevede che i PTFP siano approvati dalle rispettive regioni di appartenenza, secondo quanto eventualmente previsto dalla disciplina regionale in materia.

- Decreto Ministeriale 22 luglio 2022 della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica

Con il citato Decreto state definite le linee d'indirizzo per l'individuazione dei nuovi fabbisogni da parte delle amministrazioni pubbliche. Occorre evidenziare che al Paragrafo 1 viene chiarito che rispetto alle linee di indirizzo contenute nel D.M. 8 maggio 2018, nulla è innovato in merito al personale delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Nazionale (paragrafo 7).

- Decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35 convertito con modificazioni dalla L. 25 giugno 2019, n. 60

Il D.L. citato ha facoltizzato le Regioni ad individuare un livello di finanziamento diverso rispetto alla precedente previsione normativa.

In particolare, l'art. 11, intitolato "*Disposizioni in materia di personale e di nomine negli enti del*

Servizio sanitario nazionale”, al comma 1 ha stabilito quanto segue:

“A decorrere dal 2019, la spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e ferma restando la compatibilità finanziaria, sulla base degli indirizzi regionali e in coerenza con i piani triennali dei fabbisogni di personale, non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, o, se superiore, il valore della spesa prevista dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191. I predetti valori sono incrementati annualmente, a livello regionale, di un importo pari al 5 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente. Tale importo include le risorse per il trattamento accessorio del personale, il cui limite, definito dall'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, è adeguato, in aumento o in diminuzione, per garantire l'invarianza del valore medio pro-capite, riferito all'anno 2018, prendendo a riferimento come base di calcolo il personale in servizio al 31 dicembre 2018. Dall'anno 2021, il predetto incremento di spesa del 5 per cento è subordinato all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale, in coerenza con quanto stabilito dal decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, e con l'articolo 1, comma 516, lettera c), della legge 30 dicembre 2018, n. 145.”.

Il Budget di spesa

Il budget di spesa per il personale è assegnato alle Aziende del Servizio Sanitario Regionale con apposite Deliberazioni di Giunta Regionale.

Le assegnazioni regionali, fermo restando che il limite è regionale e che, pertanto, la stessa Regione può – anche tenendo conto dell’effettiva capacità di spesa manifestata da ciascuna Azienda – procedere con apposite rimodulazioni, sono state così determinate nel corso degli anni:

- DGR n. 798 del 6 novembre 2019, con la quale in applicazione dell’art. 11 del D.L. 30 aprile 2019 n. 35, convertito in L. 30 giugno 2019 n. 60 ha indicato, in linea con le risultanze trasmesse anche al Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all’art. 12 dell’Intesa 23 marzo 2002, in € 104.637.000,00 (pari a € 78.539.610,89 quale importo al netto dei rimborsi, delle spese escluse e dei rinnovi contrattuali) il limite di spesa 2019 per l’Azienda Sanitaria di Potenza;
- DGR n. 456 dell’11 giugno 2021, con la quale la Regione Basilicata ha reso ulteriori indicazioni, apportando modificazioni in riferimento al tetto di spesa di cui alla DGR n. 798/2019.

Il tetto di spesa al netto dei rimborsi, delle spese escluse e dei rinnovi contrattuali è stato

rideterminato in € 76.366.816,00, con un decremento di € 2.172.794,89 rispetto alla precedente DGR n. 798/2019;

- DGR n. 302 del 26 maggio 2022, con la quale la Regione Basilicata, in applicazione dell'art. 11 del D.L. n. 35/2019 ha individuato il limite di spesa per il personale delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario di Basilicata per l'anno 2021;
- DGR n. 291 del 23 maggio 2023, con la quale la Regione Basilicata, in applicazione dell'art. 11 del D.L. n. 35/2019 ha individuato il limite di spesa per il personale delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario di Basilicata per l'anno 2022;
- DGR n. 521 del 06/09/2024 con la quale è stato assegnato a questa Azienda il tetto di spesa netto anno 2023 per i costi del personale, pari a € 79.096.275,00;
- D.G.R. n. 447 del 28.07.2025 con la quale è stato definito in € € 80.095.709,00 il tetto di spesa ASP per l'anno 2024;
- D.G.R. n. 637 del 30.10.2025 che, a integrazione e modifica della precedente D.G.R. n. 447/2024, ha rideterminato in € 80.215.185,75 la spesa autorizzata per questa Azienda per l'anno 2024

Il tetto di spesa al netto dei rimborsi, delle spese escluse e dei rinnovi contrattuali è stato rideterminato con i provvedimenti giuntali ante richiamati, in riferimento a tutte le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, come dettagliatamente esposto nella tabella di seguito riportata, con specifica indicazione delle Deliberazioni di Giunta Regionale di riferimento e con evidenziazione delle differenze tra l'anno 2018 e tutte le successive annualità.

ASSEGNAZIONI REGIONALI - TETTI DI SPESA ASSUNZIONALI					
DD.G.R. e differenze con anno 2018	ASP	ASM	AOR	CROB	Totale tetto consolidato regionale
D.G.R. n. 798 del 06/11/2019 - Tetto di spesa 2018	78.539.610,89	97.083.619,00	138.028.658,00	19.600.314,00	333.252.201,89
D.G.R. 456 del 11/06/2021 - Tetto di spesa 2019	76.130.044,00	98.194.282,00	137.963.992,00	20.166.176,00	332.454.494,00
Differenza tetto 2019 su 2018	-2.409.566,89	1.110.663,00	-64.666,00	565.862,00	
D.G.R. 456 del 11/06/2021 - Tetto di spesa 2020	76.366.816,00	98.499.716,00	138.388.910,00	20.228.958,00	333.484.400,00
Differenza tetto 2020 su 2018	-2.172.794,89	1.416.097,00	360.252,00	628.644,00	
D.G.R. 302 del 26/05/2022 - Tetto di spesa 2021	77.231.436,00	99.343.166,00	139.494.930,00	20.428.918,00	336.498.450,00
Differenza tetto 2021 su 2018	-1.308.174,89	2.259.547,00	1.466.272,00	828.604,00	

ASSEGNAZIONI REGIONALI - TETTI DI SPESA ASSUNZIONALI					
DD.G.R. e differenze con anno 2018	ASP	ASM	AOR	CROB	Totale tetto consolidato regionale
D.G.R. 291 del 23/05/2023 - Tetto di spesa 2022	78.731.000,00	100.843.000,00	141.281.000,00	21.429.000,00	342.284.000,00
<i>Differenza tetto 2022 su 2018</i>	<i>191.389,11</i>	<i>3.759.381,00</i>	<i>3.252.342,00</i>	<i>1.828.686,00</i>	
D.G.R. 521 del 06/09/2024 - Tetto di spesa 2023	79.096.275,00	101.449.571,00	141.685.502,00	21.665.502,00	343.896.850,00
<i>Differenza tetto 2023 su 2018</i>	<i>365.275,00</i>	<i>606.571,00</i>	<i>404.502,00</i>	<i>236.502,00</i>	
D.G.R. n. 637 del 30.10.2025 - Tetto di spesa 2024	80.215.185,75	102.792.263,90	143.162.464,19	22.202.579,16	348.372.493,00
<i>Differenza tetto 2024 su 2018</i>	<i>1.675.574,86</i>	<i>5.708.644,90</i>	<i>5.133.806,19</i>	<i>2.602.265,16</i>	
Totale incrementi %	2,13%	5,88%	3,72%	13,28%	

STRUTTURA DEI PIANI ASSUNZIONALI-OBIETTIVI E COSTI

Il PTFP 2026/2027 è stato redatto sulla base:

- del budget assegnato da ultimo con la D.G.R. n. 637/2025;
- delle modalità indicate in primis con la D.G.R. n. n. 799 del 6 novembre 2019, con la quale la Giunta Regionale ha adottato specifica Direttiva con la quale sono state rese indicazioni operative relativamente alla redazione, da parte degli Enti del Servizio Sanitario Regionale, dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP), nonché precisate le modalità di approvazione degli stessi e, da ultimo, con la nota del Dipartimento Salute n. 2443036/2025, acquisita al prot. ASP n. 93712/2025.

Per ciascuna annualità del Piano sono definiti:

1. il personale presente (o presuntivamente presente) al 31.12. della precedente annualità, con i relativi costi annui;
2. il personale, distinto per ruolo e profilo, di cui è prevista la cessazione nel corso dell'anno di riferimento, con i relativi risparmi;
3. le assunzioni previste per l'anno, distinto per ruolo e profilo, con indicazione dei relativi costi in termini di *full time equivalent* (FTE) e, quindi, della concreta incidenza sui costi dell'anno;
4. il numero complessivo di unità che, presuntivamente, saranno in servizio al 31.12, con indicazione del costo pieno a valere sulla successiva annualità.

Obiettivo dei Piani proposti è il consolidamento e lo sviluppo dell'organico dedicato alle attività tipiche dell'Azienda, al fine di garantire il mantenimento e miglioramento degli standard.

Quanto sopra, comunque, nella consapevolezza che il pieno sviluppo della qualità e quantità dei servizi non può prescindere:

- ✓ dai potenziamenti derivanti dalla progressiva attuazione del D.M. 77 (con il graduale avanzamento degli interventi strutturali e infrastrutturali e il consolidamento conseguente delle figure professionali necessarie ed ulteriori rispetto a quelle già presenti e già operanti nell'ambito della evoluzione della rete territoriale;
- ✓ dalla rivisitazione dell'Atto Aziendale, a valle degli indirizzi che, all'uopo, saranno formulati dalla Regione. Invero l'attuale organizzazione è sostanzialmente – pur a fronte di rilevanti novità – quella disegnata dal precedente atto generale di organizzazione aziendale.

Ulteriore e ineludibile obiettivo è quello di contenere i costi sia nell'ambito dei limiti imposti dal tetto regionale che nell'ambito delle disponibilità finanziarie appostate nel bilancio di previsione aziendale.

Le tabelle di verifica che di seguito si riportano rendono evidente la compatibilità dei costi rispetto sia al tetto di spesa di cui alla D.G.R. n. 637/2025 che rispetto

TABELLA DI VERIFICA RISPETTO AL TETTO DI SPESA EX D.G.R. N. 637/2025	
DISPONIBILITA' da DGR n. 637/2025 <i>Il limite di spesa 2018 è stato calcolato applicando sulla spesa lorda del personale, determinata sulla base di quanto stabilito dalla Circ. RGS n. 9/2006, le decurtazioni per le tipologie di spesa previste dalla stessa Circ. 9/2006 e le decurtazioni pari agli incrementi contrattuali intervenuti tra dal 2004 al 31.12.2018.</i> <i>Come attestato dalla D.G.R. n. 798/2019</i> - la spesa lorda sostenuta per il personale nell'anno 2018 era pari a € 105.325.615,00 ; - la spesa netta era pari a € 78.539.610,89 (con decurtazioni sulla spesa lorda di € 688.639,71 per rimborsi, di € 3.168.235,40 in applicazione della Circ. RGS n. 9/2006 e di € 22.929.129,00 derivanti dai rinnovi contrattuali). <i>Pertanto analoga metodologia deve essere utilizzata per la verifica di compatibilità delle spese anno 2025 rispetto al limite di spesa indicato dalla D.G.R. 637/2025.</i>	80.215.185,75
PROIEZIONE 2026 - TOTALE COMPETENZE PERSONALE DIPENDENTE	100.794.100,00
IRAP	8.567.498,50
ALTRI COSTI - PROIEZIONE 2026	5.300.000,00
PROIEZIONE DI COSTO COMPLESSIVO AL 31.12.2026	114.661.598,50
COSTI IN DETRAZIONE	36.330.000,00
PROIEZIONE COSTO DEL PERSONALE AL NETTO DELLE DETRAZIONI	78.331.598,50
DIFFERENZA RISPETTO AL LIMITE DI SPESA DI CUI ALLA D.G.R. N. 637/2025	1.883.587,25

COSTI DEL PERSONALE ANNO 2026 PROIEZIONI	
COSTI FISSI DIRIGENZA SANITARIA (medica, veterinaria e sanitaria)	13.848.000,00
COSTI FISSI DIRIGENZA NON SANITARIA (amministrativa, tecnica e professionale)	1.127.000,00
COSTI FISSI COMPARTO - RUOLO SANITARIO	27.191.000,00
COSTI FISSI COMPARTO - RUOLO TECNICO E SOCIO SANITARIO	9.458.000,00
COSTI FISSI COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO	6.067.000,00

COSTI DEL PERSONALE ANNO 2026 PROIEZIONI	
TOTALE COSTI FISSI 2026	57.691.000,00
OO.RR. SU COSTI FISSI 2026	15.968.868,80
<i>COSTI VARIABILI - FONDI DIRIGENZA AREA SANITA'</i>	<i>10.603.000,00</i>
<i>COSTI VARIABILI - FONDI DIRIGENZA AREA FUNZIONI LOCALI</i>	<i>839.151,00</i>
<i>COSTI VARIABILI - FONDI COMPARTO</i>	<i>10.300.000,00</i>
TOTALE COSTI VARIABILI 2026	21.742.151,00
OO.RR. SU COSTI VARIABILI	5.392.053,45
COSTI COMPLESSIVI PERSONALE ANNO 2026	100.794.073,25
COSTI PREVISTI NEL BILANCIO PREVENTIVO ASP (DDG N. 951/2025 IN FASE DI APPROVAZIONE REG.LE)	100.801.000,00

LE PRIORITA' NEL P.T.F.P. 2026/2028

Il P.T.F.P. è stato redatto con il coinvolgimento delle apicalità dei vari servizi aziendali, cui è stata indirizzata apposita nota (prot. n. 93552/2025) richiedendo agli stessi di formulare motivatamente le proprie proposte assuntive.

Nel P.T.F.P. oggetto della presente Relazione sicuramente l'anno 2026 rappresenta per l'Azienda Sanitaria un anno fondamentale al fine di ripristinare le posizioni apicali vacanti in numerose strutture complesse da anni prive del relativo responsabile.

Il P.T.F.P. prevede, infatti, l'assunzione (con relativo incarico di Direttore di Struttura Complessa) di ben n. 15 Direttori di Struttura Complessa con un impegno economico di circa 1,5 mln (costi 2018, in applicazione del cd. "Decreto Calabria).

Ulteriore elemento di rilievo è quello di un più adeguato, e pressoché a regime, consolidamento del DEU/118, con l'ulteriore assegnazione:

- di personale infermieristico (ampia parte dei n. 50 infermieri previsti per l'anno 2026 sarà destinata a tale servizio), tale da consentire il sostanziale raggiungimento del numero di

infermieri necessario per garantire una adeguata turnazione in tutte le Postazioni Territoriali di Soccorso/PTS e nei Punti di Primo Intervento/PPI;

- di n. 55 Autisti di Ambulanza (con contestuale e ampia riduzione del ricorso al lavoro in somministrazione);
- di n. 5 dirigenti medici di Medicina di Emergenza/Urgenza.

Nelle scorse annualità, pur con la gradualità necessaria derivante dagli imposti limiti di spesa, l'attenzione aziendale è stata volta al potenziamento numerico del personale del Comparto, con particolare attenzione al personale infermieristico, ai Tecnici della Prevenzione e al personale sanitario in genere.

Nel corso del 2026, pur nella consapevolezza delle difficoltà assunzionali, attenzione particolare è dedicata alla componente medica, auspicandosi un rafforzamento dopo anni di riduzione del suo numero.

Pare opportuno fornire di seguito una tabella di raffronto tra il personale presente al 31.12.2018 e quello che presuntivamente sarà presente al 31.12.2025.

Tipologia	Personale in servizio al 31.12.2018	Personale in servizio al 31.12.2025	Personale in servizio al 31.12.2026	Differenza 2018/2025	Differenza 2018/2026
Dirigenza Sanitaria non medica	41	45	53	4	12
Dirigenza Medica e veterinaria	254	169	225	-85	-29
Dirigenza Ruolo Amministrativo	9	14	15	5	6
Dirigenza Ruolo Tecnico	11	6	7	-5	-4
Dirigenza Ruolo Professionale	8	6	6	-2	-2
Comparto Ruolo Sanitario	839	977	990	138	151
Comparto Ruolo Sociosanitario	105	123	123	18	18
Comparto Ruolo Amministrativo	236	245	259	9	23
Comparto Ruolo Tecnico	357	274	310	-83	-47
Comparto Ruolo Professionale	1	0	0	-1	-1
TOTALI	1861	1859	1988	-2	127

La sopra riportata tabella rende chiare ed indubitabili le difficoltà che anche l'ASP, come tutte le Aziende del SSN, riscontra nelle assunzioni riferite al personale dirigenziale dell'area sanitaria; le ingenti risorse che vengono destinate negli atti di programmazione assunzionale rimangono spese solo parzialmente in ragione della mancata acquisizione di tali fondamentali risorse umane e a ragione delle numerose procedure espletate e degli scarsi risultati acquisitivi ottenuti.

Allo stesso tempo e parallelamente, nel periodo considerato dalla tabella si rileva che il personale del ruolo sanitario e sociosanitario ha potuto crescere in una consistente misura numerica e percentuale rilevante. Dal raffronto tra il personale presente al 31.12.2018 e quello al 31.12.2025, si traggono i seguenti dati:

Personale Comparto Ruolo Sanitario	+ 138 unità	+ 16,45%
Personale Comparto Ruolo Sociosanitario	+ 18 unità	+ 17,14%

E' infine da rilevare che dopo l'ampia e proficua stagione delle stabilizzazioni, rimane precisa scelta aziendale quella di limitare a casi estremamente limitati assunzioni con rapporti di lavoro a tempo determinato, evitando per tal guisa fenomeni di precariato; l'Azienda – ove necessario per non determinare impatti negativi sui servizi resi all'utenza – si riserva di porre in essere assunzioni a tempo determinato che essenzialmente quelle che "anticipano" assunzioni a tempo indeterminato già previste nel PTFP riferito all'annualità di riferimento; quindi, nel caso in cui sussistano situazioni di difficoltà nell'erogazione dei servizi derivanti dalla carenza di personale per il quale è prevista l'assunzione a tempo indeterminato, nelle more della definizione della relativa procedura di provvista potrà farsi luogo ad assunzioni a tempo determinato, utilizzando in tal caso le risorse all'uopo destinate alle assunzioni a tempo indeterminato.

3.3 Formazione del personale

OBIETTIVI FORMATIVI AZIENDALI

Negli anni 2025 e 2026 i dipendenti della Azienda Sanitaria di Potenza saranno impegnati prevalentemente in programmi formativi previsti a livello ministeriale per i dipendenti del SSR che utilizzeranno fondi PNRR e fondi FESR FSE+.

L'ASP assicurerà, inoltre, la formazione obbligatoria prevista dalla vigente normativa (8 D.Lgs. n. 81/2008) e il completamento delle attività formative approvate nel Piano Formazione 2025 e non ancora attivate dai Servizi. Le esigenze formative eventualmente maturate nel biennio, legate all'avvio di nuove attività o ad indicazioni normative nazionali/regionali, potranno essere segnalate comunque alla Direzione strategica aziendale che ne autorizzerà la realizzazione.

Si illustrano di seguito i Programmi formativi già menzionati:

A) La Missione 6 Salute del PNRR ha previsto un forte investimento per lo sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del Sistema Sanitario al fine di rafforzare l'efficacia, l'adequazione, la sicurezza e l'efficienza dei servizi assicurati ai cittadini.

I dipendenti del SSR nel biennio 2025-2026 saranno coinvolti in un Piano straordinario di formazione elaborato dalla Direzione Generale Salute e Politiche per la Persona della Regione Basilicata con le Aziende Sanitarie e Ospedaliere regionali che mirerà al completamento e alla diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), allo sviluppo della telemedicina, allo sviluppo di competenze specifiche nell'ambito delle infezioni ospedaliere e ad un rafforzamento delle competenze manageriali e digitali del personale sanitario.

I percorsi formativi programmati sono di seguito specificati:

- **Progetto “Piano Formativo sulle infezioni ospedaliere”** che a seguito di gara regionale è stato affidato all'operatore economico RTI Systema Consulting SRL e A.C.M.E. SRL. Il Progetto ha come target tutti i Medici, Infermieri, Ostetriche, Biologi, Farmacisti, Assistenti Sanitari ed OSS, circa 900 operatori dell'ASP, che saranno impegnati dal mese di ottobre 2024 e fino al mese di dicembre 2026 in una formazione FAD di 44 ore e in 20 ore di formazione residenziale. La formazione sarà obbligatoria per le figure professionali coinvolte;

- **Progetto "Adozione e utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico da parte delle regioni".** Per questo Progetto la Regione Basilicata ha individuato l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza quale “Soggetto Attuatore esterno” dei lotti di intervento relativi alla realizzazione dei percorsi formativi e di comunicazione per un importo complessivo di euro 3.453.099,00. Nel Progetto sarà coinvolto tutto il personale medico, infermieristico e farmacista aziendale oltre ai MMG e PLS per un numero di ore in via di definizione. Il Progetto si concluderà a dicembre 2026.

B) La Regione Basilicata, inoltre, con Deliberazione 202400453 del 08.08.2024, ha ammesso a finanziamento, a valere sulle risorse del Programma Regionale Basilicata FESR FSE+-2021-2027, le spese connesse al progetto “Piano di qualificazione delle competenze del personale sanitario”.

Il Piano si articolerà nei seguenti percorsi formativi (progetti) che coinvolgeranno il personale delle Aziende sanitarie ed ospedaliere regionali:

a) Percorso “La prevenzione e la promozione della salute nelle varie fasi della vita”: 30 h (5 giornate formative di 6 ore) per 4 edizioni (due edizioni per ciascuna ASL) per un totale di 120 h di formazione; la realizzazione di questo percorso è stata affidata alla ASP.

Il programma è incentrato su argomenti che riguardano:

- la prevenzione e la promozione della salute nelle varie fasi della vita;
- la riorganizzazione territoriale a servizio del cittadino attraverso la Medicina di Popolazione (stratificazione e analisi del rischio);
- i nuovi modelli organizzativi e più precisamente la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità;
- Promozione di interventi basati su un approccio equity oriented e gender equity;
- Counseling, Urban Health, ecc;

Per la selezione dei destinatari si prevede la pubblicazione di una nota con richiesta di candidatura del personale sanitario operante presso:

- Direzione Generale per la salute e le politiche della persona – referenti del PRP Basilicata
- Dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie locali e personale dei Servizi coinvolti a vario titolo nella realizzazione dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione di Basilicata 2020/2025

- Direzioni sanitarie delle aziende ospedaliere.

b) Percorso “Tutor di Medicina Generale”:

Destinato ai MMG. Per la selezione dei destinatari si è già proceduto alla pubblicazione di un Avviso pubblico rivolto a MMG.

c) Percorso “Valutatori (Auditor e Lead Auditor) dell’Accreditamento Istituzionale”

c1) Corso di formazione per 30 aspiranti Valutatori (Auditor e Lead Auditor) sui Sistemi di Gestione della Qualità, dedicato ai Professionisti già in possesso di determinate competenze da reclutare attraverso un bando pubblico sia negli Uffici del Dipartimento Salute e Politiche della Persona che nelle Aziende Sanitarie e Ospedaliere e che intendano sviluppare competenze specifiche per essere inseriti nell’elenco di Auditor/Lead auditor. Il Corso avente una durata di 40 ore (base e post base certificato CEPAS o AICQ SICEV) si articolerà in 2 edizioni per un totale di 80 h. Saranno selezionati i primi 30 candidati in possesso dei requisiti indicati nell’allegato alla DD n.137 del 19 aprile 2023 ed esplicitati nell’apposito bando.

c2) Aggiornamento: corso di aggiornamento per il mantenimento delle competenze di 30 valutatori esperti alla luce dell’evoluzione normativa di riferimento e per fungere da guida ai nuovi valutatori, formulato per gli attuali valutatori presenti nell’elenco regionale dei valutatori di cui alla D.D. 137/2023. Formazione di 30 h (5 giornate di 6 ore ciascuna) per 2 edizioni per un totale di 60 h. Saranno avviati alla formazione i valutatori e gli esperti tecnici iscritti nelle apposite sezioni dell’elenco, in base all’anzianità di iscrizione nel medesimo.

d) Percorso “Supporto alla sanità digitale”:

d1) Il Corso “Le competenze digitali per la PA (informatica di base)”. Il Progetto coinvolgerà 50 partecipanti e sarà destinato agli operatori sanitari da impegnare in processi di e-Health che non posseggono adeguate competenze di informatica di base. Il percorso è di 30 h (10 giornate formative di 3 ore) per 2 edizioni per un totale di 60 h;

d2) Il Corso “La sanità digitale” sarà rivolto a 100 partecipanti aventi competenze digitali di base ed operanti nei processi erogativi di eHealth, articolato in due sessioni:

D2.a) La sanità digitale in ambito ospedaliero per il personale dell’AOR San Carlo e dell’IRCCS CROB (50 partecipanti);

D2.b) La sanità digitale territoriale per il personale dell’Azienda Sanitaria di Matera e dell’Azienda Sanitaria di Potenza (50 partecipanti). Il percorso formativo è di 36 h (12 giornate formative di 3 ore) per 4 edizioni. Totale 144 h.

C) Nel biennio, nel rispetto della vigente normativa, l’ASP assicurerà la formazione:

- in materia di sicurezza, con corsi a cadenza trimestrale, per tutto il personale neoassunto;
- sulla Privacy, per tutto il personale neoassunto.
- in materia di prevenzione della corruzione con tematiche indicate dal Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione.

Detta formazione sarà obbligatoria per i dipendenti di volta in volta individuati.

E) Come previsto nel Regolamento aziendale “Redazione Piano Formazione Aziendale (PAF) e istituzione della Rete dei Referenti della Formazione”, approvato con Deliberazione 2023/00464 del 30.06.2023, eventuali proposte formative potranno essere presentate dai Dipartimenti aziendali qualora si registrino sopravvenute esigenze di servizio o per precise indicazioni della normativa nazionale o regionale. Tali attività formative saranno approvate dalla Direzione Strategica aziendale.

Anche in questo caso le attività formative saranno obbligatorie per il personale della struttura proponente e facoltative per il personale interessato di altri Servizi, sempre se autorizzato dai dirigenti.

Si riportano di seguito ulteriori proposte formative pervenute dai Dipartimenti Aziendali nel mese di novembre 2024 e da realizzarsi nel biennio 2025-2026:

Dipartimento Salute Mentale -Aggiornamento del personale del DSM (Il Budget di salute; I disturbi gravi di personalità: Borderline, Narcisistico e Paranoide; ADH dalla diagnosi in NPI alla gestione del paziente adulto; Corso: specialistico per la gestione dei comportamenti problema severi su soggetti adulti con disturbo dello spettro autistico, con protocolli operativi, monitoraggio clinico e farmacologico, valutazione e supervisione;

UOSD Consultorio Potenza e Lagonegro “Corso: Accompagnamento alla Nascita nei Consultori Familiari”;

Distretti della Salute di Melfi e Venosa:

Corso: Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel S.S.N. nell’ambito del PNRR, Investimento Missione 6 Componente 1;

Attività Formativa esperienziale: “Strategie di prevenzione con particolare riferimento alle strategie comportamentali per la gestione della persona aggressiva”

U.O.S.D. Nefrologia e Dialisi Lauria-Maratea Aggiornamento del personale afferente alla UOSD (Gestione delle complicanze acute dell’emodialisi; Gestione delle complicanze della dialisi peritoneale domiciliare; La trombosi farmacologica del CVC tunnellizzato; Sorveglianza dell’accesso vascolare e peritoneale; Gestione delle infezioni catetere-correlate; Corso: Profili di responsabilità in dialisi; La sicurezza sul Lavoro; Competenze del coordinatore infermieristico in nefrologia e dialisi);

U.O.C. Distretto della Salute di Potenza- Destinatari- Personale dedicato

a) Corso: Rapporti con l’utenza, umanizzazione delle cure, gestione dei conflitti con l’utenza

b) Corso: Assistenza sanitaria in ambiente confinato

U.O.C. Pneumologia Territoriale Aziendale Aggiornamento del personale (Asma Bronchiale: percorsi clinico-assistenziali; BPCO: percorsi clinico-assistenziali).

SEZIONE 4 - MONITORAGGIO

Il monitoraggio della Sezione Performance avviene secondo quanto stabilito dall’art. 6 e 10, comma 1, lett. b) del D.Lgs. n. 150/2009 e s.m.i., a cura del Controllo di Gestione.

A questo proposito si allega la Tabella degli OUTCOME - Obiettivi della sottosezione Performance.

➤ Tabella outcome-obiettivi - indicatori-target- annualità 2026.

Il monitoraggio della sottosezione rischi corruttivi avviene, a cura del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, secondo le indicazioni dell’ANAC.

Il monitoraggio della sezione trasparenza avviene mediante la griglia di rilevazione e monitoraggio O.I.V. pubblicata nella sezione amministrazione trasparente:

[Attestazioni OIV o struttura analoga - ASP Basilicata](#)

La Sezione Organizzazione e Capitale Umano e la coerenza con gli obiettivi di performance viene monitorata dall’O.I.V. su base triennale.

Lo stato di avanzamento degli obiettivi PNRR viene allegato al presente documento.

5. SEZIONE ALLEGATI

Sottosezione Monitoraggio:

Tabella Outcome-obiettivi - indicatori-target- annualità 2026 sottosezione Performance.

Stato Avanzamento degli Interventi rientranti nel PNRR Missione 6 anno 2025

Dettaglio dei finanziamenti per ciascun progetto

Sottosezione Anticorruzione:

Allegato 1 – Misure di gestione del rischio corruttivo programmate per il triennio 2026-2028- responsabili- risultati attesi;

Allegato 2 – Trasparenza- Obblighi di pubblicazione e responsabili della trasmissione;

Sottosezione organizzazione e capitale umano:

ALL. 1 - PTFP 2026

ALL. 2 - PTFP 2027

ALL. 3 - PTFP 2028

ALL. 4 - Altre informazioni