



PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE

(PIAO)

2025-2027

ANNUALITA'2025

AZIENDA SANITARIA LOCALE ASP POTENZA

INDICE:

Premessa

SEZIONE I. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

1.1 Dati identificativi dell'Azienda

1.2 Missione

1.3 Il contesto esterno

SEZIONE II VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Valore pubblico

2.2. Performance

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

SEZIONE III: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Organizzazione del lavoro agile

3.2 Piano triennale dei fabbisogni di personale

SEZIONE 4: MONITORAGGIO

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

L'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 ha previsto 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. Il Piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni.

Il P.I.A.O. ha durata triennale con aggiornamenti con cadenza annuale e definisce:

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

il PIAO dell'ASP relativo al triennio 2025-2027 – Anno 2025, 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.

In particolare costituiscono sottosezioni della presente sezione:

- 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, 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:

- struttura organizzativa, in cui è riportato il modello organizzativo adottato dall'Azienda, l'organigramma con la classificazione dei livelli di responsabilità organizzativa, la consistenza dell'organico in servizio;
- 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.

SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

1.1 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, soppresse.

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.

1.2 Missione

L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza è garante dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza sul territorio di riferimento.

La missione dell'ASP quale parte integrante del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale, è quella di soddisfare i bisogni di salute della propria popolazione di riferimento e dell'insieme dei cittadini presenti nel territorio di competenza, mediante la erogazione coordinata di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali. L'Azienda, quale ente strumentale della Regione Basilicata, assume come obiettivo prioritario, inteso come risultato concreto della propria missione in un arco temporale dato, l'assicurazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, oltre ad altri obiettivi di salute ed economico-finanziari così come definiti dalla programmazione nazionale e regionale.

La visione strategica dell'Azienda è improntata al miglioramento continuo della qualità della propria offerta di salute, nel rispetto dei bisogni, delle aspettative e delle preferenze della persona, nelle dimensioni della:

- Appropriately tecnico-professionale, organizzativa e gestionale, per erogare prestazioni congrue con il bisogno di salute da soddisfare;
- Efficacia per gli esiti di salute dell'individuo e della collettività, basando le attività cliniche ed organizzative sul metodo scientifico;
- Sicurezza per il paziente, intesa come "libertà da danni non necessari o danni potenziali associati alle cure sanitarie", e per gli operatori coinvolti nella pratica assistenziale;
- Efficienza nella gestione delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie, utilizzando con responsabilità le risorse disponibili;
- Equità per garantire a tutti e a ciascun cittadino l'opportunità di accesso a servizi e prestazioni di uguale qualità.

I valori fondanti cui si ispira l'azione dell'ASP sono

- Centralità della persona
- Integrazione
- Apertura, Trasparenza e Collaborazione
- Informazione, Comunicazione e Partecipazione
- Qualità, Formazione e Ricerca
- Innovazione
- Valutazione
- Sviluppo sostenibile
- Ospitalità
- Rendicontazione sociale

L'organizzazione aziendale

L'organizzazione aziendale è articolata nelle funzioni amministrativa-tecnico-logistica, di prevenzione, territoriale ed ospedaliera. Gli organi aziendali sono:

- Direttore Generale
- Collegio Sindacale

- Collegio di Direzione

Il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo costituiscono la Direzione Generale che esercita il governo strategico clinico ed economico finanziario.

Lo svolgimento delle funzioni direzionali è supportato da:

- Tecnostrutture di Staff
- OIV
- Organismi previsti
- (Conferenza dei Sindaci, Consiglio dei Sanitari, Comitato Etico, Comitati Consultivi Misti, Comitato Unico di Garanzia)

La funzione di prevenzione si articola in:

- Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana
- Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale

La funzione territoriale svolta nei Distretti Sanitari di Base si articola nelle seguenti attività assistenziali:

- Assistenza Primaria
- Assistenza Domiciliare nelle sue varie forme di intensità (con particolare riferimento alle patologie cronico degenerative ed oncologiche)
- Assistenza Specialistica Ambulatoriale e Protesica
- Assistenza Riabilitativa
- Assistenza Farmaceutica
- Assistenza Consultoriale, Familiare, Pediatrica e Psicologica
- Assistenza Sociosanitaria
- Assistenza Alle Dipendenze
- Assistenza Residenziale, Semiresidenziale e Territoriale
- Emergenza-urgenza (DEU 118)
- Assistenza Termale
- Assistenza Penitenziaria

La funzione di integrazione - ospedale territorio si articola nei:

- Presidi Distrettuali per le Post-Acuzie
- Dipartimento post acuzie e continuità ospedale territorio

- Dipartimento Salute Mentale.
- Dipartimento Interaziendale di oculistica
- Dipartimento dei Servizi.

La funzione amministrativa si articola nelle strutture del Dipartimento Amministrativo.



1.3 Il contesto esterno

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 (01/01/2024 ISTAT)	
Regione	BASILICATA	Popolazione (n.)	343.252
Sigla	PZ	Maschi (%)	169.474
Comune capoluogo	POTENZA	Femmine (%)	173.778
Comuni nella provincia	100	Stranieri (%)	12.382 (il 3,6%)
Superficie (kmq)	6.594,44	Età media (anni)	47,7
Densità abitativa (abitanti/kmq)	52,07		

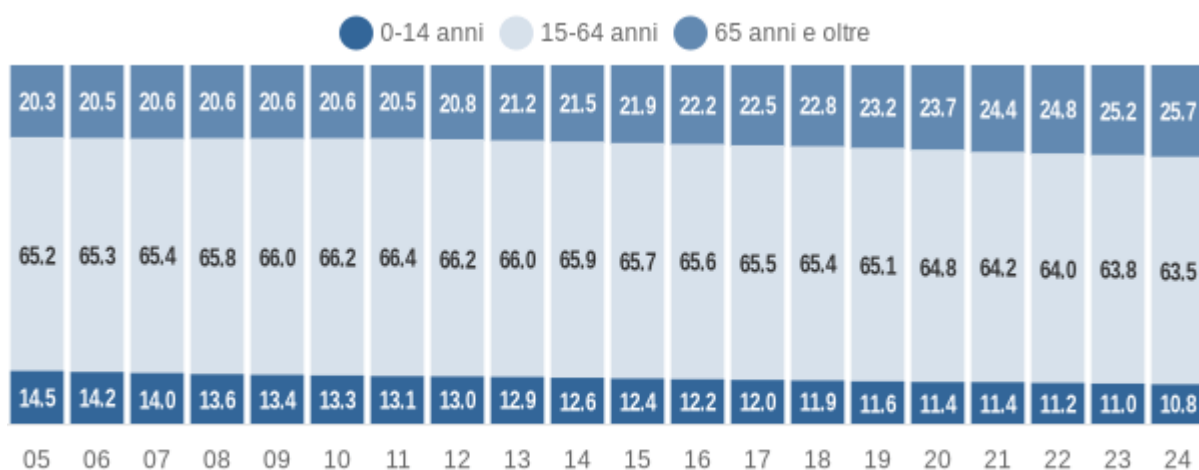
Dati ISTAT al 01/01/2024

PROFILO DEMOGRAFICO

Nel territorio dell'ASP di Potenza risiedono 343.252 abitanti di cui 64.070 nella città capoluogo (dati Istat al 01.01.2024), per una densità abitativa media di 52,07 ab/kmq. Il 51,8 % della popolazione è di sesso femminile, mentre il 48,2 % è di sesso maschile.

Struttura della popolazione dal 2002 al 2024

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 ed 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.



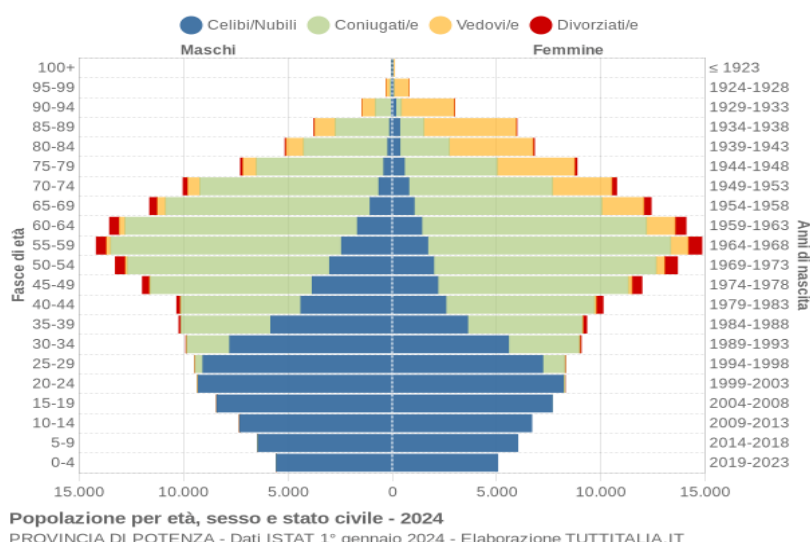
Struttura per età della popolazione (valori %) - ultimi 20 anni

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 2024. 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 47,7 anni.

SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Valore pubblico

L'Azienda Sanitaria di Potenza è un'organizzazione che:

- opera per la promozione e per il mantenimento dello stato di salute dei cittadini;
- gestisce le risorse secondo criteri di efficacia, efficienza ed equità, operando con trasparenza e favorendo la partecipazione nella definizione delle scelte e nella valutazione dei risultati;
- persegue la valorizzazione del proprio capitale tecnologico e professionale nel modo di competenze distintive dedicate alla gestione e alla produzione di servizi sanitari e sociosanitari.

Il concetto di Valore Pubblico ha trovato una prima definizione nelle Linee Guida 2017-2019 del Dipartimento della Funzione Pubblica e nella Relazione CNEL 2019: il vero successo di una PA può essere espresso dalla capacità di migliorare il livello di benessere sia economico, sia sociale, sia ambientale percepito dai cittadini rispetto alle condizioni di partenza delle politiche e dei servizi.

In tale ottica l'Azienda si pone l'obiettivo di soddisfare le esigenze di salute della popolazione sotto il profilo della diagnosi, della cura, della riabilitazione e del reinserimento nel tessuto sociale. Il valore pubblico, pertanto, deriva dall'azione dei diversi soggetti pubblici, che perseguono questo traguardo reclutando al meglio le proprie risorse finanziarie, tecnologiche, capacità organizzativa, rete di relazioni interne ed esterne, capacità di lettura del territorio e di produzione di risposte adeguate, sostenibilità ambientale delle scelte, capacità di riduzione dei rischi reputazionali dovuti a insufficiente trasparenza o a fenomeni corruttivi, ecc. Il Valore Pubblico si realizza, quindi, mediante una combinazione bilanciata di economicità e socialità, con particolare attenzione al fattore ambientale e alle modalità con cui l'Azienda riesce a gestire le proprie risorse in modo efficiente ed efficace.

L'Azienda concorre alla più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Basilicata non limitandosi a garantire prestazioni sanitarie ma perseguendo l'obiettivo "salute" inteso quale miglioramento complessivo della qualità della vita della popolazione, secondo un approccio sinergico ed integrato per lo sviluppo economico, di tutela ambientale, dell'urbanistica, dei trasporti, dell'agricoltura, dello sport e tempo libero, per l'impatto che le stesse hanno sullo stato di salute. Fondamentale è la relazione con i vari stakeholder che entrano nel sistema di produzione dei servizi: privato accreditato, organismi e istituzioni del Terzo Settore, forme di associazionismo strutturato e gruppi di auto – mutuo aiuto. Un ruolo di rilievo viene riconosciuto alle Autonomie Locali cui spetta una funzione di garanzia dei bisogni delle comunità. La visione strategica dell'azienda è sviluppare integrazioni, alleanze e strategie sia all'interno dell'organizzazione con lo sviluppo dei processi di aziendalizzazione e responsabilizzazione della dirigenza su obiettivi e risultati, sia all'esterno per arricchire il capitale sociale esistente e migliorare l'offerta dei servizi.

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. Omogeneizzare 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 LibreOffice
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. 2024/00283 del 28/03/2024 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 e anticorruzione;*

1.2 *il miglioramento dei flussi informativi.*

2.2. Performance

Il Piano della Performance (art. 10 c. 1 lett. a D.Lgs. 150/2009) è il documento programmatico triennale che, nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, individua e rende noti gli obiettivi strategici ed operativi che l'azienda intende perseguire, definisce i risultati attesi, le risorse e gli indicatori sui quali si baserà poi la misurazione e la valutazione delle prestazioni dell'Amministrazione. Il Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80, all'art. 6, ha previsto l'adozione del PIAO che assorbe, tra gli altri, anche il Piano della Performance.

Lo scopo principale del Piano è quello di rendere partecipe la collettività delle scelte strategiche e dei principali obiettivi che l'Azienda si è prefissata di raggiungere nel triennio, nell'ottica di continuo miglioramento, garantendo massima trasparenza nei confronti degli stakeholders, attraverso uno strumento che fornisca informazioni precise e quantificabili sugli aspetti rilevanti delle proprie attività.

La predisposizione del Piano della Performance (oggi sottosezione Performance del PIAO) dà avvio al ciclo di gestione della performance che risulta rafforzato dall'integrazione e dalla connessione con gli altri strumenti di programmazione economico-finanziaria e di programmazione strategica. Il ciclo della performance si configura in diverse fasi seguendo la logica PDCA (Plan–Do– Check–Act):

- definizione e assegnazione degli obiettivi,
- collegamento tra gli obiettivi e le risorse,
- monitoraggio costante e attivazione di eventuali interventi correttivi,
- misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale, nell'utilizzo dei sistemi premianti.

La sottosezione performance recepisce gli indirizzi della programmazione regionale in materia di salute e di funzionamento del sistema sanitario, che rappresentano il primo punto di riferimento per la formulazione delle scelte strategiche aziendali, mediante la proposizione di un percorso di lavoro che la Direzione strategica intende mettere in campo nel medio e lungo periodo e rispetto al quale orientare le scelte di programmazione di breve periodo. Pertanto, a partire dalla pianificazione regionale e dagli obiettivi di mandato istituzionale l'Azienda individua, in un'ottica di continuo miglioramento, gli obiettivi strategici da perseguire nel triennio, in collegamento ed integrazione con gli strumenti relativi alla trasparenza, all'integrità ed al contrasto del fenomeno della corruzione.

Tali obiettivi strategici sono poi declinati in obiettivi operativi assegnati a ciascuna struttura sanitaria e amministrativa dell'azienda, attraverso il processo di budget (livello operativo).

Per ciascun obiettivo vengono definite le azioni, i tempi, le risorse e le responsabilità organizzative

connesse al loro raggiungimento. L'arco temporale degli obiettivi operativi è l'anno. Gli obiettivi devono:

- essere rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- tali da creare valore pubblico, ovvero migliorare il livello di benessere sociale ed economico degli utenti e degli stakeholder;
- essere misurabili in modo chiaro, quindi quantificati in termini di attività e risorse;
- tenere conto dello stato delle risorse effettivamente a disposizione o realisticamente acquisibili.

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 e dell'indebitamento, quali elementi che garantiscono il funzionamento attuale e futuro della ASST 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.

Digitalizzazione e semplificazione

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
Salute mentale, dipendenze e disabilità	L'integrazione e l'interconnessione tra le diverse discipline
Potenziamento servizi domiciliari	Progetto Telemedicina

Obiettivi Efficacia Esterna	
Obiettivo	Risultato atteso
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 e digitale ospedaliero	Potenziamento del livello di digitalizzazione dei DEA:
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

Obiettivi Digitalizzazione e semplificazione	
Obiettivo	Risultato atteso
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.

Le opportunità del PnRR Missione 6 «Salute»

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza presentato dall'Italia e definitivamente approvato dalla Commissione Europea nel giugno 2021 e dal Consiglio Economia e Finanza (Ecofin) nel luglio 2021 quale strumento strategico di rilancio e sviluppo economico. In esso sono previsti progetti di investimento ed un ampio programma di riforme che si sviluppino su tre assi strategici condivisi a livello europeo (digitalizzazione e innovazione, transizione ecologica, inclusione sociale).

All'interno del PNRR è prevista la Missione 6 – SALUTE (risorse stanziare pari a 19,7 miliardi di euro) articolata in due componenti (C1 e C2).

La prima Componente si intitola "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale". L'obiettivo è quello di potenziare là dove già esistano oppure creare ex novo strutture e presidi territoriali come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità, nonché quello di rafforzare sia l'assistenza domiciliare, sia lo sviluppo della telemedicina, in un'ottica di sempre maggiore integrazione con i servizi socio-sanitari.

Per gli investimenti a regia del PNRR Missione 6, component 1 – "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza potrà realizzare gli interventi riportati nella seguente tabella per una spesa complessiva pari a € 24.248.818,87:

investimento	Tipologia di struttura da realizzare	numero	Finanziamento in €
C1 - 1.1	case della comunità e presa in carico della persona	13	16.206.427,00
C1 - 1.2	casa come primo luogo di cura e telemedicina	4	
	1.2.2. centrali operative territoriali di cui:		
	1. COT		692.300,00
	2. Interconnessione		284.285,83
	3. Device		386.864,75

investimento	Tipologia di struttura da realizzare	numero	Finanziamento in €
C1 - 1.3	Ospedali di comunità	3	6.678.941,00
	Totale finanziamenti azienda		24.248.818,58

La Casa della comunità è la struttura sanitaria, promotrice di un modello di intervento multidisciplinare, nonché luogo privilegiato per la progettazione di interventi di carattere sociale e di integrazione sociosanitaria. Facilmente accessibile per la comunità di riferimento, è il luogo dove il cittadino può trovare una risposta adeguata alle diverse esigenze sanitarie o sociosanitarie.

CASE DELLA COMUNITA	CUP	IMPORTO FINANZIATO
Anzi	CUP: H72C22000330005	Importo finanziato: 615.000,00 €
Corleto	CUP: H52C22000240005	Importo finanziato: 700.000,00 €
Lagopesole-Avigliano	CUP: H12C22000420005	Importo finanziato: 350.000,00 €
Vietri di Potenza	CUP: H92C22000250005	Importo finanziato: 625.000,00 €
Viggianello	CUP: H12C22000170006	Importo finanziato: 1.000.000,00 €
Lagonegro	CUP: H62C22000080006	Importo finanziato: 1.799.999,00 €
Maratea	CUP: H22C22000170006	Importo finanziato: 1.400.000,00 €
Potenza	CUP: H32C22000100006	Importo finanziato: 2.850.000,00 €
Sant'Arcangelo	CUP: H22C22000180006	Importo finanziato: 1.600.000,00 €
Senise	CUP: H78I22000310002	Importo finanziato: 1.400.000,00 €
Genzano di Lucania	CUP: H35F22000480006	Importo finanziato: 1.400.001,00 €
Lavello	CUP: H18I22000560006	Importo finanziato: 1.305.387,00 €
San Fele	CUP: H78I22000360006	Importo finanziato: 1.161.040,00 €

L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria di ricovero della rete di assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero. Realizzare strutture sanitarie territoriali, rivolte a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza e sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale o familiare). Rendere l'assistenza sanitaria il più possibile personalizzata sulla base delle esigenze del paziente e delle loro famiglie, grazie alla creazione degli Ospedali di Comunità dedicati ai pazienti con patologie lievi o recidive croniche situati uniformemente su tutto il territorio nazionale.

OSPEDALI DELLA COMUNITA'	CUP	IMPORTO FINANZIATO
Maratea	CUP: H22C22000200006	Importo finanziato: 2.235.907,00 €
Muro Lucano	CUP: H22C22000160006	Importo finanziato: 2.226.195,00 €
Venosa	CUP: H85F22000370006	Importo finanziato: 2.216.839,00 €

La Centrale Operativa Territoriale (COT) svolge un ruolo cruciale nel coordinamento della presa in carico delle persone attraverso l'integrazione tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali. Garantisce l'ottimizzazione degli interventi attivando le risorse della rete assistenziale e monitora le transizioni tra i luoghi di cura e i livelli assistenziali. La COT fornisce supporto informativo e logistico ai professionisti riguardo alle attività e ai servizi distrettuali, oltre a raccogliere, gestire e monitorare i dati di salute, anche tramite strumenti di telemedicina. Questo include la gestione dei percorsi integrati di cronicità (PIC), il monitoraggio dei pazienti in assistenza domiciliare e l'utilizzo di una piattaforma tecnologica dedicata per garantire una presa in carico efficace e personalizzata.

La Centrale Operativa Territoriale (COT)	CUP	IMPORTO FINANZIATO
Lagonegro	CUP: H34E22002420006	Importo finanziato: 222.526,67 €
Marsicovetere	CUP: H42C22000210006	Importo finanziato: 222.526,67 €
Potenza	CUP: H31B22002340006	Importo finanziato: 222.526,66 €
Venosa	CUP: H82C22000180006	Importo finanziato: 24.720,00 €

La seconda Componente, per gli investimenti a regia del PNRR Missione 6, component 2 – “Verso un ospedale sicuro e sostenibile” (Totale € 16.140.947,27) ha previsto per l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza un intervento riportato nella seguente tabella per la spesa complessiva pari a € 5.000.000,00:

AZIENDA	INTERVENTO	IMPORTO FINANZIATO
Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Adeguamento sismico P.O.D. di MARATEA	€ 5.000.000,00

Per gli investimenti a regia del PNRR Missione 6, component 2 – “Ammodernamento parco tecnologico ospedaliero – grandi apparecchiature” (Totale € 13.237.302,17) l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza ha previsto n. 6 interventi riportati nella tabella per una spesa complessiva pari a € 1.872.500,00.

Ammodernamento parco tecnologico ospedaliero – grandi apparecchiature	CUP	IMPORTO FINANZIATO
Chiaromonte	CUP: H44E22000890001	Importo finanziato: 200.000,00 €
Potenza	CUP: H39J22001630001	Importo finanziato: 200.000,00 €
Venosa	CUP: H84E22001260001	Importo finanziato: 200.000,00 €
Sant'Arcangelo	CUP: H34E22002430001	Importo finanziato: 812.500,00 €
Lauria	CUP: H94E22001170001	Importo finanziato: 230.000,00 €
Sant'Arcangelo	CUP: H24E22000620001	Importo finanziato: 230.000,00 €

Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale”.

Programma triennale Lavori Pubblici 2025-2027, elenco annuale 2025, relazione, elenco lavori in corso, elenco lavori finanziati e non ancora appaltati, piano degli investimenti.

Il programma triennale costituisce momento attuativo di studi di fattibilità e di identificazione e quantificazione dei propri bisogni che le amministrazioni aggiudicatrici predispongono nell'esercizio delle loro autonome competenze e, quando esplicitamente previsto, di concerto con altri soggetti, in conformità agli obiettivi assunti come prioritari. Gli studi individuano i lavori strumentali al soddisfacimento dei predetti bisogni, indicano le caratteristiche funzionali, tecniche, gestionali ed economico-finanziarie degli stessi e contengono l'analisi dello stato di fatto di ogni intervento nelle sue eventuali componenti storico-artistiche, architettoniche, paesaggistiche, e nelle sue componenti di sostenibilità ambientale, socio-economiche, amministrative e tecniche. In particolare le amministrazioni aggiudicatrici individuano con priorità i bisogni che possono essere soddisfatti tramite la realizzazione di lavori finanziabili con capitali privati, in quanto suscettibili di gestione economica.

Il programma triennale dei lavori pubblici, redatto ai sensi dell'art. 37 del D.Lgs. n. 36/2023 Allegato I.5 e del Regolamento di cui al Decreto n. 14 del 16/01/2018, contiene la programmazione a scorrimento per gli anni 2025/2027.

Indica, altresì, per tipologia e categoria di intervento sopra i 150.000,00 €, la stima dei costi e dei tempi di attuazione alla luce delle indicazioni programmatiche e della definizione delle priorità fornite dalla Direzione Strategica nonché delle disponibilità finanziarie in virtù delle assegnazioni Regionali già avvenute o programmate per la realizzazione di lavori in corso o non ancora appaltati.

Lo stesso tiene conto dell'accordo di programma integrativo (ex art. 20 L. 67/88) per il settore degli investimenti sanitari così come da elenco proposto alla Regione, comprensivo delle Schede Mexa, con nota del DG prot. 30200 del 14/03/2024 e successivamente aggiornato nella riunione del 09/05/2024, dell'aggiornamento dell'elenco con le relative schede Mexa avvenuto nel mese di settembre 2024 riferito ai cofinanziamenti necessari al completamento degli interventi PNRR.

Inoltre il presente programma tiene conto dei finanziamenti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) presentato dall'Italia, definitivamente approvato dalla Commissione Europea nel giugno 2021 e dal Consiglio Economia e Finanza (Ecofin) nel Luglio 2021, quale strumento strategico di rilancio e sviluppo economico, prevede progetti di investimenti ed un ampio programma di riforme che si sviluppino su tre assi strategici condivisi a livello europeo (digitalizzazione e innovazione, transizione ecologica, inclusione sociale), allo scopo di riparare ai danni economici e sociali della crisi pandemica, contribuire a risolvere le debolezze strutturali dell'economia italiana, e avviare un percorso di transizione ecologica ed ambientale nonché dei finanziamenti dei Fondi FSC, PO-FESR, Legge di Stabilità, etc.

Il presente programma triennale e annuale dell'Azienda mira a:

- a) favorire il recupero degli immobili appartenenti al patrimonio aziendale;
- b) perseguire il potenziamento delle attività sanitarie territoriali e sociosanitarie ambulatoriali e residenziali o in regime di ricovero e di quelle dei dipartimenti di prevenzione, attività che si svolgono in strutture extraospedaliere;
- c) garantire l'appropriatezza dei luoghi rispetto alle prestazioni da erogare;
- d) perseguire il raggiungimento dei requisiti minimi strutturali, impiantistici e tecnologici dei presidi ospedalieri distrettuali (P.O.D.) e territoriali ai fini dell'accreditamento

istituzionale.

Il programma, coerentemente con le fonti di finanziamento, in continuità con gli interventi realizzati in precedenza, intende favorire e supportare la strategia di riconversione della rete ospedaliera, l'ammodernamento degli spazi per turnover della dotazione tecnologica nonché il rafforzamento dell'assistenza distrettuale secondo i seguenti obiettivi generali:

- a) riqualificazione della rete ospedaliera distrettuale in termini di maggiore appropriatezza delle prestazioni ed adeguamento a standard dimensionali, strutturali e qualitativi;
- b) riconversione e potenziamento delle strutture dell'assistenza territoriale ai fini della maggiore diffusione dell'assistenza distrettuale e della prevenzione e dell'integrazione socio sanitaria e miglioramento delle condizioni di sicurezza;
- c) implementazione e diffusione di reti assistenziali e della telemedicina.

Ciascun intervento, inoltre, è indirizzato alla realizzazione degli obiettivi specifici, finalizzati al raggiungimento degli obiettivi generali:

- mitigazione del rischio sismico, miglioramento dell'efficienza energetica e adeguamento alle norme sulla sicurezza del patrimonio immobiliare sanitario regionale;
- potenziamento strutturale del patrimonio immobiliare sanitario regionale;
- implementazione di nuove funzioni assistenziali e di cura.

Il programma è finanziato, dai PO-FESR, dall'OPCM 171/2014 e OPCM 296/2015 "Interventi di prevenzione del rischio sismico", dall'ADP Basilicata di cui all'art. 20 della L. 67/1988 e dai fondi del servizio Sanitario Regionale, dal Fondo di Sviluppo e Coesione 2014/2020 e 2021/2027 (F.S.C.), dal decreto del Ministro della Salute del 20 gennaio 2022 di "Ripartizione programmatica delle risorse alle regioni e alle province autonome per i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del piano per gli investimenti complementari" ha attribuito alla Regione Basilicata gli importi a valere sulla Missione 6 per la Componente 1 - Investimenti 1.1, 1.3, 2.2 e la Componente 2 – Investimenti 1.2, Missione 5 Inclusione e Coesione – Componente 3 – Interventi speciali per la Coesione Territoriale – Investimento 1: Strategia per le Aree Interne – Linea di Intervento 1.1.1.

Complessivamente il fabbisogno delle risorse, per il triennio, è quantificato in € 116.733.266,52 di cui € 9.729.104,53 previsti nell'elenco annuale, tutti richiesti al Dipartimento per la Salute e le Politiche della Persona della Regione Basilicata ed al Ministero della Salute per i finanziamenti del PNRR.

Per quanto attiene il quadro economico complessivo dei lavori in corso, essi ammontano ad € 49.623.812,01 mentre i lavori finanziati e non ancora appaltati ammontano ad € 44.838.334,59.

PROGRAMMA TRIENNALE DEI LAVORI PUBBLICI 2023/2025 DELL'AMMINISTRAZIONE Azienda Sanitaria Locale di Potenza				
TIPOLOGIE RISORSE	Arco temporale di validità del programma			Importo Totale
	Primo anno	Secondo anno	Terzo anno	
risorse derivate da entrate aventi destinazione vincolata per legge	9.729.104,53	99.661.441,12	7.342.720,97	116.733.266,62

PROGRAMMA TRIENNALE DEI LAVORI PUBBLICI 2023/2025 DELL'AMMINISTRAZIONE Azienda Sanitaria Locale di Potenza				
	Arco temporale di validità del programma			Importo Totale
TIPOLOGIE RISORSE	Primo anno	Secondo anno	Terzo anno	
risorse derivate da entrate acquisite mediante contrazione di mutuo	0	0	0	0
risorse acquisite mediante apporti di capitali privati	0	0	0	0
stanziamenti di bilancio	0	0	0	0
finanziamenti acquisibili ai sensi dell'articolo 3 del decreto-legge 31 ottobre 1990,				
n. 310, convertito con modificazioni dalla legge 22 dicembre 1990, n. 403	0	0	0	0
risorse derivanti da trasferimento di immobili	0	0	0	0
altra tipologia	0	0	0	0
totale	9.729.104,53	99.661.441,12	7.342.720,97	116.733.266,62

ELENCO LAVORI IN CORSO									
fonte di finanziamento regionale	ente	cup	titolo intervento	importo a carico dello Stato	importo a carico della Regione	PNRR Missione 6 - Componente 1 Investimenti 1.1		Stato dei lavori	tempi
DGR n. 1533 del 12/12/2014	ASP		P.O. di Melfi. Adeguamento impianti distribuzione gas medicinali		280.000,00			Lavori in corso	
art. 20	ASP	H22C22000190006	Verso un nuovo Ospedale Sicuro e sostenibile di Maratea M6C2 1.2		7.767.736,88			in fase di consegna lavori	Ultimazione 31/12/2026
PNRR	ASP	H52C22000240005	Casa di Comunità e presa in carico della persona di Corleto Perticara M6C1			€	1300000		Lavori in corso
PNRR	ASP	H32C22000100006	Casa di Comunità e presa in carico della persona di Potenza M6C1			€	3708424,19	in fase di consegna lavori	Ultimazione 31/12/2026
PNRR	ASP	H22C22000160006	Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture Ospedale di Comunità di Muro Lucano			€	2.905.501,80	Lavori in corso	Ultimazione e 31/12/2026
PNRR	ASP	H22C22000180006	Casa di Comunità e presa in carico della persona di Sant'Arcangelo M6C1			€	2.109.724,37	in fase di consegna lavori	Ultimazione 31/12/2026

ELENCO LAVORI IN CORSO									
fonte di finanziamento regionale	ente	cup	titolo intervento	importo a carico dello Stato	importo a carico della Regione	PNRR Missione 6 - Componente 1 Investimenti 1.1		Stato dei lavori	tempi
PNRR	ASP	H12C22000170006	Casa di Comunità e presa in carico della persona di Viggianello M6C1			€	1.306.699,33	Lavori in corso	Ultimazione 31/12/2026
PNRR	ASP	H85F22000370006	Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture Ospedale di Comunità di Venosa			€	3.777.233,09	progetto esecutivo in corso di approvazione	Ultimazione 31/12/2026
PNRR	ASP	H62C22000080006	Casa di Comunità e presa in carico della persona di Lagonegro M6C1			€	5.155.995,00	in fase di consegna lavori	Ultimazione 31/12/2026
PNRR	ASP	H78I22000310002	Casa di Comunità e presa in carico della persona di Senise M6C1			€	5.929.625,00	in fase di consegna lavori	Ultimazione 31/12/2026
PNRR	ASP	H22C22000200006	Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture Ospedale di Comunità di Maratea			€	3.990.097,70	in fase di consegna lavori	Ultimazione 31/12/2026
PNRR	ASP	H22C22000170006	Casa di Comunità e presa in carico della persona di Maratea M6C1			€	2.815.000,00	in fase di consegna lavori	Ultimazione 31/12/2026
dec. Ministero Salute 13/11/2019	ASP	H29J0000110003	Lavori di adeguamento funzionale e sicurezza del Poliambulatorio di Muro Lucano (ex fondi San Carlo) ex art. 20 II fase Sicurezza	392507,24	20658,28			Lavori in corso	Ultimazione 31/12/2026
PNRR	ASP	H72C22000330005	Casa di Comunità e presa in carico della persona di Anzi Camastra M6C1			€	791.596,44	Lavori in corso	Ultimazione 31/12/2027
PNRR	ASP	H92C22000250005	Casa di Comunità e presa in carico della persona di Vietri di Potenza M6C1			€	800.507,90	Lavori in corso	Ultimazione 31/12/2028
PNRR	ASP	H12C22000420005	Casa di Comunità e			€	450.648,95	Lavori in corso	Ultimazione 31/12/2029

ELENCO LAVORI IN CORSO									
fonte di finanziamento regionale	ent e	cup	titolo intervento	importo a carico dello Stato	importo a carico della Regione	PNRR Missione 6 - Componente 1 Investimenti 1.1		Stato dei lavori	tempi
			presa in carico della persona di Lagopesole M6C1						
PNRR	ASP	H18I22000560006	Casa di Comunità e presa in carico della persona di Lavello M6C1			€	2.136.549,62	In fase di acquisizione del permesso a costruire	Ultimazione 31/12/2030
PNRR	ASP	H35F22000480006	Casa di Comunità e presa in carico della persona di Genzano di Lucania M6C1			€	2.106.524,90	in fase di consegna lavori	Ultimazione 31/12/2031
PNRR	ASP	H78I22000360006	Casa di Comunità e presa incarico della persona di San Fele M6C1			€	1.878.781,35	progetto esecutivo in corso di approvazione	Ultimazione 31/12/2032
TOTALE				392.507,24	8.068.395,16	41.162.909,64			

ELENCO LAVORI FINANZIATI E NON ANCORA APPALTATI							
fonte di finanziamento regionale	ente	cup	titolo intervento	importo a carico della Regione		Stato dei lavori	tempi
	ASP	H65F23000540002	Interventi rientranti nel progetto "Costruzione del Polo Unico della Salute nella città di Lagonegro"	€	34.273.909,40	Progetto Esecutivo in corso di aggiornamento	
	ASP		Ristrutturazione dell'immobile sito in via della Fisica di Potenza per trasferimento ADI	€	1.300.000,00	PFTE	
D.G.R. 1746/2015	ASP	H41B16000460002	Interventi di miglioramento/adequamento sismico del vecchio plesso ospedaliero di Chiaromonte - OPCM 171/2014	€	3.107.998,44	Progetto definitivo	In corso la progettazione definitiva
DGR 566/2024	ASP		Lavori edili attinenti gli spazi necessari alla installazione della risonanza magnetica POD Lauria	€	400.000,00	Progetto Esecutivo	in fase di affidamento dei lavori
PO FESR 2014-2020 DGR n. 255/2019	ASP	H67H21004900006	Lavori di ristrutturazione poliambulatori area interna Alto Bradano	€	385.000,00		
DGR 566/2024	ASP		POD di Chiaromonte rifacimento copertura e completamento V piano	€	1.500.000,00		
	ASP	H62F22000500006	Adeguamento delle elisuperfici per attività di elisoccorso notturno nei comuni di Venosa e Pescopagano	€	600.000,00	Progetto esecutivo	in fase di affidamento lavori

ELENCO LAVORI FINANZIATI E NON ANCORA APPALTI						
fonte di finanziamento regionale	ente	cup	titolo intervento	importo a carico della Regione		Stato dei lavori
AdP del 29/03/2024	ASP	H64E22001010001	Efficientamento Energetico delle sedi dell'ASP di POTENZA, MELFI, PALAZZO SAN GERVASIO.	€	1.499.000,00	
DGR 566/2024	ASP		POD Lauria rifacimento tetto e adeguamento III piano	€	1.172.426,75	
DGR 566 del 26/09/2024	ASP	H39J20000040005	Lavori di ristrutturazione e adeguamento funzionale dello spazio psichiatrico SPDC nell'Ospedale San Carlo di Potenza	€	600.000,00	PFTE
TOTALE				€	44.838.334,59	

Visione ed obiettivi strategici ed operativi per il triennio 2025-2027- Annualità 2025

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;
- DDG 925 del 25.10.2024 - Gara SUA-RB: Vaccini antinfluenzali per la prossima campagna 2024/2025 in fabbisogno alle Aziende del SSR - Presa d'atto dell'aggiudicazione efficace ai sensi dell'art. 17 comma 5 del D.lgs. n. 36/2023 dei Lotti 3-4 e 5 (CIG: Lotto 3: B3F8B286A3 – Lotto 4: B3FECB9A4E – Lotto 5: B3FE9396E8);
- DDG 940 DEL 31.10.2024 - Gara SUA-RB: Vaccini antinfluenzali per la prossima campagna 2024/2025 in fabbisogno alle Aziende del SSR - Presa d'atto dell'aggiudicazione efficace ai sensi dell'art. 17 comma 5 del D.lgs. n. 36/2023 dei Lotti 1 e 2 (CIG: Lotto 1 B414AF5017 – Lotto 2 B414C3F06A)

- DDG n. 2024/00989 del 15/11/2024 recante «art.37 d.lgs. n. 36/2023 - adozione programma, triennale 2025/2027, elenco annuale 2025, relazione, elenco lavori in corso, elenco lavori finanziati e non ancora appaltati, piano degli investimenti.
- D.G.R. n. 202101070 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. 2024/01052 del 02/12/2024 “Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2025-2027 dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, approvato con DGR 762 del 13/12/2024;
- DDG 2024/00380 del 30.04.2024 presa d'atto formale dei provvedimenti regionali:
 - ✓ Regione Basilicata Determinazione Dirigenziale n. 13BE2024/D.00104 del 28.03.2024 ad oggetto “Misure di razionalizzazione della spesa farmaceutica”;
 - ✓ Regione Basilicata Determinazione Dirigenziale n. 13.BE.2024/D.00110 del 05.04.2024 ad oggetto” Misure per la razionalizzazione della spesa dei Dispositivi Medici”;
 - ✓ Regione Basilicata Determinazione Dirigenziale n. 13.BE.2024/D00119 del 11.04.2024 ad oggetto “Obiettivi delle Aziende Sanitarie del SSR per l'abbattimento della mobilità passiva per i ricoveri ospedalieri per acuti e di riabilitazione”.
- D.G.R. N.704 28/11/2024 “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.372 del 23/06/2023 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 LR 34/1994 e smi e garantire il rispetto delle procedure amministrative e contabili.
- 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; 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. 329/2023 e s.m.i.
- DGR 313/2022 -CIS Basilicata 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.
- 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.

- DGR n.272 del 11/05/2022 con la quale la Regione Basilicata ha definito gli obiettivi regionali di salute e di programmazione economico-finanziaria per le ASL e A.O. regionali per gli anni 2021-2023, modificata ed integrata dalla **DGR 136 del 10/03/2023- modifica ed integrazione anno 2023 allegato 1;**

Nell'Allegato 1 della predetta DGR sono state definite le aree di risultato ed i relativi obiettivi di salute assegnati alle Aziende Sanitarie. Risultano, altresì, esplicitate le metodologie e le schede di indicatori per ogni Azienda Sanitaria Regionale.

Il sistema di valutazione 2021-2023 – Integrazioni 2023 - si compone di *n. 4 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

- Appropriatelyzza organizzativa
- Efficacia assistenziale territoriale
- Efficacia Percorso Emergenza - Urgenza

3) Gestione Economico-finanziaria:

- Efficienza prescrittiva farmaceutica
- Appropriatelyzza prescrittiva farmaceutica
- Appropriatelyzza prescrittiva diagnostica

4) Conseguimento di obiettivi strategici regionali:

- 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 4 aree di risultato, all'ASP sono assegnati 15 obiettivi misurati da 53 indicatori. Alcuni dei 53 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;
- Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi.

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.) è stato selezionato un set ridotto di indicatori che, per l'ASP, è costituito dai 6 (sei) seguenti:

- 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.

La V.G.P. è un parametro basato sul confronto del posizionamento che l'Azienda ha tra due anni consecutivi. Il confronto del singolo indicatore tra i due anni assume il segno (+) se il suo valore è uguale o migliorato, viceversa assume il segno (-) se il suo valore è peggiorato.

Obiettivi e azioni di particolare rilevanza rispetto ai bisogni e alle attese degli stakeholder per il triennio 2025-2027- annualità 2025

Area della prevenzione

- attuare il PNP 2020-2025 (approvato con D.G.R. n. 202101070 del 28/12/2021);
- migliorare i livelli di copertura vaccinale e programmazione delle attività vaccinali, come previsto dal PNPV 2020-2025 (approvato con Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano il 19.01.2017 e prorogato con l'Intesa del 25.03.2021) e relativi protocolli operativi nonché dalle linee guida regionali circa l'inserimento delle vaccinazioni nei LEA e graduale inserimento di nuovi vaccini (es. HPV nei maschi e introduzione di anti-zoster negli anziani);
 - promuovere azioni di comunicazione per la popolazione e per specifici sottogruppi, onde favorire una corretta percezione dei rischi e corretti comportamenti individuali (es. adesione alle misure di profilassi, all'offerta di vaccinazioni, ecc.), con particolare riferimento alle scuole, ai luoghi di lavoro e ai gestori di esercizi pubblici e privati (PNP 2020-2025);
- promuovere l'immunizzazione attiva (PNP 2020-2025);
- incentivare la cultura della prevenzione, promuovendo iniziative volte al miglioramento degli stili di vita e delle buone pratiche alimentari nonché alla prevenzione dei disturbi del comportamento;
- sviluppare sinergie tra i due Dipartimenti di Prevenzione e promuovere l'integrazione con i Distretti rafforzando il processo di omogeneizzazione dei percorsi e delle procedure;
- ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute;
- integrare i programmi di screening nei piani di prevenzione attiva;
- informatizzare l'attività di controllo e vigilanza sui luoghi di lavoro;
- garantire il "consumatore" su qualità e sicurezza per tutti gli alimenti di origine animale, attraverso l'effettuazione omogenea e coordinata dei controlli e monitoraggio, in tutte le fasi della produzione

e della distribuzione, previsti dal legislatore nazionale e regionale, con adattamento alle specifiche situazioni territoriali;

- promuovere azioni di formazione/informazione agli operatori/utenti, nonché a tutto il personale, sia della dirigenza che del comparto;
- potenziare le iniziative di confronto con le varie articolazioni presenti nella comunità (gruppi target, associazioni, stakeholder, ecc.), anche attraverso l'attivazione di tavoli di lavoro dedicati, per entrambi i Dipartimenti di Prevenzione, la partecipazione ai vari eventi organizzati da Istituzioni, associazioni e privati cittadini attinenti alle materie di interesse, assicurando la propria collaborazione ad Università, Istituti ed Enti Nazionali ed europei, per favorirne l'attività di ricerca e di azione;
- sviluppare la rete della medicina legale;
- garantire il mantenimento dei requisiti di "territorio ufficialmente indenne";

Area della Salute Mentale e delle nuove dipendenze

Le strutture dei servizi di salute mentale, che si contraddistinguono per essere ambiti di condivisione di vita e di attività terapeutico-riabilitative che si esplicano attraverso una quotidianità caratterizzata da utilizzo di spazi comuni, attività di gruppo, prossimità relazionale e fisica tra utenti ed operatori, scambi continui ed attivi tra "il dentro ed il fuori" del dispositivo comunitario, hanno dovuto essere consistentemente riorganizzate. Si intensificherà l'azione di integrazione del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, con il fine di favorire un avvicinamento dei soggetti a rischio – specie in fascia d'età giovanile e per le situazioni che sfuggono ai canali di accesso tradizionale – attraverso un approccio favorente e non stigmatizzante.

In particolare, si intensificheranno le collaborazioni con il Pronto soccorso, le strutture scolastiche, gli Enti Locali, le associazioni. Sul piano dell'offerta, si manterrà e svilupperà l'attuale offerta riabilitativa e di reinserimento, rendendola sempre più articolata e adattabile alle diverse esigenze delle patologie e degli individui. Punto di focalizzazione risulta essere il percorso, in buona misura innovativo e sperimentale, di prevenzione della cronicità nell'ambito delle nuove dipendenze (Gioco d'Azzardo patologico) riprendendo e ampliando le metodologie già in uso in ambito alcologico.

- promuovere interventi di prevenzione del disagio mentale e delle dipendenze;

- favorire l'attività di prevenzione dei CSM aziendali al fine di garantire la deospedalizzazione dei pazienti con problemi di salute mentale;
- attivare misure di integrazione per l'inclusione sociale e la lotta allo stigma;
- promuovere la lotta alle nuove dipendenze anche attraverso la realizzazione di campagne informative nelle scuole;
- realizzare gli obiettivi e le attività previste nel «Piano Regionale 2017/2018 - Gioco d'Azzardo Patologico»;
- attivare posti di ricovero per la neuropsichiatria infantile;
- garantire l'apertura di ambulatori dedicati all'autismo in età adulta;
- potenziare il sistema di monitoraggio dei percorsi terapeutici riabilitativi, attraverso la standardizzazione delle procedure di assessment dei percorsi, focalizzato sulle fasi di entrata, permanenza e dimissione, con l'obiettivo di valutare l'andamento e gli effetti del trattamento, con particolare riferimento alla psicopatologia, al funzionamento personale e sociale, alla qualità della vita e alla soddisfazione degli utenti;
 - valutazione degli esiti della riabilitazione psichiatrica attraverso l'analisi dei dati relativi agli outcome, utili a rilevare gli effetti del trattamento riabilitativo e l'impatto sulla qualità della vita dei pazienti dimessi dalla struttura in un range di tempo definito.

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

Per quanto concerne le attività già svolte dal sistema di Emergenza – Urgenza, continueranno le seguenti attività:

- prosecuzione dell'adeguamento strutturale dei Punti Territoriali di Soccorso (P.T.S.);
- organizzazione del Corso di formazione per i Medici di Emergenza Sanitaria Territoriale,
- attivazione di un contratto di manutenzione evolutiva del software della centrale del 118;
- avvio di forme di collaborazione con le associazioni di volontariato.

Progetto Regionale rete e-health/telemedicina

Il progetto "Telemedicina" parte per la Regione Basilicata nel 2017 con l'approvazione della D. G. R. n. 227 del 17/03/2017 ha disposto di approvare la scheda di attivazione Agenda Digitale – Settore Prioritario "Infrastrutture" Linea di intervento 8 – Progetto di ehealth per le aree interne e territorio regionale, ai fini della "Attivazione di un sistema di telemedicina per le attività di A.D.I. e di presa in carico del paziente cronico in Regione Basilicata.

A valere sulla predetta linea di finanziamento, la Regione Basilicata, ai fini della costituzione di una rete di telemedicina regionale di interesse di tutte le Aziende Sanitarie del SSR, ha dato mandato all'Azienda Sanitaria Locale di Potenza di procedere alla predisposizione di una proposta progettuale specifica, che integrasse e rimodulasse, con precipuo riguardo al settore oncologico, le precedenti linee di programmazione. Conseguentemente, l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza ha approntato, di concerto con le Aziende del SSR a tanto delegate dalla Regione medesima, la richiesta di proposta progettuale, recepita con DDG n.587/2020.

Il progetto in oggetto ha previsto, tra l'altro, lo sviluppo di un sistema software per la gestione dei pazienti assistiti in telemedicina con specifiche funzionalità per la rilevazione dei parametri vitali, il monitoraggio degli alert, la creazione di equipe mediche, la gestione dei PDTA, ecc.

Con la sottoscrizione del Patto della salute 2019-2021 è stata concordata la riorganizzazione dell'assistenza territoriale con l'obiettivo di favorire, attraverso modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità basati sulla medicina di iniziativa, in stretta collaborazione con il Piano nazionale della cronicità, il Piano di governo delle liste di attesa e il Piano nazionale della prevenzione. L'assistenza a distanza e la sanità digitale rappresentano innovazioni necessarie e fondamentali, basti pensare anche a come la Pandemia da Covid 19 abbia messo in crisi il sistema organizzativo sanitario. L'innovazione tecnologica può contribuire a una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, in particolare, sostenendo lo spostamento del fulcro dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio, attraverso modelli assistenziali innovativi incentrati sul cittadino e facilitando l'accesso alle prestazioni sul territorio nazionale consentendo di poter tracciare chiaramente il percorso del paziente sin dal primo momento di interazione con la rete di assistenza sanitaria.

Il **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)** è articolato in 6 Missioni, ovvero aree tematiche principali su cui intervenire, individuate in piena coerenza con i 6 pilastri del Next Generation EU: digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura; transizione ecologica; infrastrutture per una mobilità sostenibile; istruzione e ricerca; Inclusione e coesione e salute. Le Missioni si articolano in Componenti, ovvero aree di intervento che affrontano sfide specifiche, composte a loro volta da Investimenti e Riforme. Nello specifico, 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, per rendere le strutture più moderne, digitali e inclusive, garantire equità di accesso alle cure, rafforzare la prevenzione e i servizi sul territorio promuovendo la ricerca, ed è articolata in due Componenti:

Componente 1: Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale;

Componente 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

La Componente 1, in particolare, 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), migliorare l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari.

La Regione Basilicata ha avviato la progettazione e progressiva implementazione di un nuovo Ecosistema Digitale Regionale per supportare l'erogazione dei servizi; tra gli elementi principali vi è la realizzazione di una Piattaforma Regionale di Telemedicina per supportare e sostenere in modo strutturato e organizzato l'attuazione delle diverse tipologie di processi e servizi di Telemedicina (Televisita, Teleassistenza, Teleconsulto e Telemonitoraggio).

La Regione per venire incontro alle esigenze dei suoi cittadini ha da tempo intrapreso un processo di decentramento delle attività per portare i suoi servizi dove nasce il bisogno di cura.

Per questo motivo, nel corso degli anni, ha aperto sul suo territorio numerosi istituti di ricovero e sedi distrettuali. Dal punto di vista tecnologico ha, da sempre, pensato che l'introduzione di processi di digitalizzazione potesse contribuire a ridurre l'isolamento delle comunità lucane, specie quelle montane e ad avvicinare l'utenza ai servizi. Ne sono testimonianza gli interventi realizzati nel corso degli anni che hanno riguardato vari settori volti sia al finanziamento di processi di digitalizzazione che a stimolare la diffusione e l'utilizzo di strumenti informatici.

Anche in questo caso ritiene che la tecnologia informatica possa essere lo strumento adatto a risolvere i problemi di gestione, di comunicazione e di standardizzazione funzionali al miglioramento dell'appropriatezza e della qualità della cura del paziente che con il Progetto di Telemedicina si propone di ottenere.

1. Stato dell'Arte dell'attuale Progetto di Telemedicina in Regione Basilicata

La realizzazione della Piattaforma Regionale di Telemedicina POHEMA in Basilicata è già in fase avanzata; tale piattaforma di "virtual care" mette a disposizione le tecnologie e architetture informatiche necessarie a sviluppare e sostenere i servizi minimi di telemedicina (televisita, teleassistenza, teleconsulto) e i verticali di telemonitoraggio. Tale piattaforma regionale rappresenta lo strumento digitale abilitante mediante il quale poter erogare servizi di telemedicina in modalità controllata e trasversale ai diversi percorsi di diagnosi, cura e assistenza che si sviluppano nell'ambito ospedaliero e territoriale, oltre che lo strumento per avvicinare i cittadini ai servizi sociosanitari del territorio, semplificare l'accesso alle prestazioni e rafforzare la comunicazione con i professionisti, anche in ottica di collaborazione medico-paziente.

Nello specifico si riportano di seguito, in sintesi, le attività svolte in Regione Basilicata suddivise per Ambito di Intervento:

1.2 La Sperimentazione Iniziale

A completamento della fase di installazione del software, vista l'emergenza COVID, il Progetto è partito a gennaio 2021 in via sperimentale con il servizio di telemonitoraggio, e nello specifico con il telemonitoraggio dei parametri vitali di un gruppo di pazienti ADI affetti dal virus e negativizzati. Si è partiti con la formazione del Personale ADI ASP da coinvolgere nel progetto nella fase iniziale (medici, operatori e società esterna Auxilium), formazione inerente all'utilizzo dei KIT individuati per il monitoraggio di parametri vitali in questa fase di sperimentazione (denominati KIT T1 Heart Monitor di Umana – per il monitoraggio di saturazione, temperatura, pressione sistolica, ECG a 6 vie, frequenza cardiaca e frequenza respiratoria).

1.3 Il Telemonitoraggio

È stato definito il Piano di Sorveglianza relativo ai pazienti arruolati insieme al personale ADI che li ha in carico; tale Piano di Sorveglianza ha riguardato i KIT del sensore T1 di Umana sopracitato ma è stato poi successivamente realizzato e condiviso anche per i nuovi dispositivi elettromedicali inseriti in piattaforma (nello specifico per i Monitor Multiparametrici PC 300 di GIMA).

Il Piano di Sorveglianza sopra menzionato prevede delle verifiche tecniche da Parte della Centrale Operativa "Temporanea" su anomalie derivanti dai KIT di Telemonitoraggio e, in aggiunta, verifiche di tipo medico/cliniche da parte del personale ADI preposto a tale attività (in sostituzione alle attività medico/cliniche in carico alle Centrali di Progetto).

È stata realizzata un'analisi per l'integrazione con altri KIT Elettromedicali già in dotazione alla struttura ADI ASP (pompe di nutrizione parenterale Agilia, Monitor Multiparametrici PC 300,

impedenziometri CTR Corvue, etc.); Integrazione realizzata per il Monitor Multiparametrico PC 300 ed in corso di realizzazione per le Pompe di Nutrizione Parenterale Agilia

È in corso, tuttavia, la realizzazione di una Rete Neurale per la classificazione delle Ulcere Cutanee, attualmente in fase di apprendimento mediante un archivio composto da circa 3.500 foto raccolte dal personale ADI. L'attività di creazione di un archivio di immagini di ULCERE CUTANEE è necessaria ai fini di "addestrare" una componente del software di Telemedicina con lo scopo di realizzare una funzione di ausilio alla Gestione delle Ulcere Cutanee. L'analisi dello storico è ancora in corso ed è a cura di alcuni medici del servizio ADI.

Come sopra accennato, la Predisposizione e Configurazione dei KIT con sensore T1 Heart Umana per il monitoraggio di alcuni parametri vitali ha riguardato, nella fase di sperimentazione, l'arruolamento

di 30 pazienti in piattaforma (fragili e/o post covid, in cure domiciliari) da monitorare con sensore T1. Successivamente sono stati integrati anche i KIT comprensivi del Monitor Multiparametrico PC 300 e il numero dei pazienti complessivamente per dispositivi T1 e PC 300 è aumentato notevolmente da gennaio 2021 ad oggi.

Nel corso del 2021 È stato avviato l'inserimento dell'ASM nella sperimentazione prevista dal progetto, esponendo loro i cambiamenti avvenuti nel progetto e mettendoli in contatto con la ditta che lo realizzerà. Inizialmente sono stati formati 45 operatori della ditta esterna Auxilium all'utilizzo del KIT di Telemonitoraggio mediante Sensore T1 di Umana.

Nei mesi di ottobre e novembre 2022, l'ASM è partita con le attività di Telemonitoraggio in via sperimentale su 15 Pazienti, con il supporto clinico dei medici USCO, i quali hanno affiancato sia la Centrale Tecnica nelle consegne che il monitoraggio da remoto dei pazienti (nonché la fase di arruolamento iniziale degli stessi).

1.4 La Televisita

La componente di Televisita è stata ed è ancora oggi utilizzata per l'esecuzione delle visite in modalità remota da parte del personale ADI ai fini del contributo economico per l'assistenza a domicilio delle persone con disabilità gravissima. Si è proceduto quindi alla sperimentazione della componente di Televisita presente sul sistema POHEMA in questo ambito, realizzando anticipatamente la formazione di alcuni utenti e fornendo loro supporto in itinere.

Conseguentemente è stato esteso il monitoraggio e l'help desk in carico alla Centrale Temporanea per i pazienti arruolati per Televisita oltre che per Telemonitoraggio.

Nel mese di maggio 2022, è stata emessa la Delibera Regionale di Telemedicina che elenca le Visite che potranno effettuarsi in modalità Televisita e illustra le modalità operative di attuazione del Servizio di Televisita. Le 4 Aziende Regionali si sono mosse in autonomia a seguito della Delibera per la formazione e l'avvio dell'utilizzo della Televisita sui propri ambulatori, formazione ed avvio ancora tutt'ora in corso.

1.5 Le Altre Attività del Progetto (Integrazioni con altri software del SISIR e altri dispositivi Elettromedicali)

Insieme con la ditta fornitrice del software Atl@nte utilizzato dall'ADI ASM e ASP, è stata realizzata l'analisi di una possibile Integrazione con il sistema di Gestione utilizzato dalle Cure Domiciliari e Palliativi Atlante – Suite InteRai. È in corso lo sviluppo di tale integrazione tra i 2 sistemi (POHEMA e Atlante, comprensiva di traduzione secondo gli standard HL7).

Per quanto concerne l'integrazione di POHEMA con gli altri applicativi del SISIR sono in corso le seguenti integrazioni:

Integrazione con Atlante (Studio Vega)

Sono da avviare le seguenti integrazioni:

- Integrazione con il FSE
- Integrazione con applicativi di Pronto Soccorso e ADT
- Integrazione con Sistema di Gestione dei Ricoveri.

È stata conclusa l'integrazione con AURA (Anagrafe Unica Regionale degli Assistiti) e l'integrazione con il sistema di autenticazione Regionale SISIR (inglobando autenticazione con SPID/CIE e CNS come da direttiva AGID).

Si sono inoltre concluse le seguenti integrazioni:

- Integrazione con AUMO (Anagrafe Unica Medici e Operatori)
- Integrazione con il CUP
- Integrazione con la Cartella (software di refertazione regionale)

Insieme con la ditta Meteda, fornitrice del software MySTAR utilizzato da tutte le Aziende del SSR per la gestione dei pazienti diabetici, è stata avviata l'Analisi di una possibile Integrazione con la cartella ambulatoriale diabetica per la trasmissione in cartella in automatico delle rilevazioni fatte a domicilio dai pazienti con i loro glucometri.

1.6 Il Progetto Salute Basilicata

Nello specifico, la realizzazione dell'APP di Telemedicina rientra nell'ambito di un progetto più ampio denominato SALUTE BASILICATA che prevede oltre allo sviluppo dell'APP anche un Sito Web per tutti i servizi dedicati al cittadino (Con una specifica ed ampia sezione sul fascicolo sanitario elettronico). L'APP stessa, pubblicata in una prima versione con il servizio di Televisita e con il link al Cup Mobile verrà arricchita nel corso del 2023 con altri servizi al cittadino (Cup Nativo e relative funzionalità, prenota tampone, FSE, eliminacode, Screening, etc.).

2. Obiettivi dell'Amministrazione

Obiettivo primario dell'intervento è quello di consolidare l'utilizzo della Telemedicina come modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, in piena coerenza con il modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale come definito da Decreto Ministeriale 77 del 23.05.2022.

L'utilizzo di soluzioni di Telemedicina mira a migliorare la qualità dell'assistenza in termini di:

- Efficacia, fornendo servizi sanitari basati sull'evidenza a coloro che ne hanno bisogno;
- Sicurezza, evitando danni alle persone cui è destinata la cura;
- Accentramento sulle persone, fornendo cure che rispondano alle preferenze, ai bisogni e ai valori delle singole persone, così come alle culture delle loro comunità;
- Tempestività, riducendo i tempi di attesa e ritardi talvolta dannosi sia per chi riceve che per chi presta assistenza;
- Equità, fornendo la stessa qualità di assistenza indipendentemente da età, sesso, razza, etnia, posizione geografica, religione, stato socioeconomico, affiliazione linguistica o politica;
- Integrazione, fornendo cure coordinate tra livelli ed erogatori e rendendo disponibile l'intera gamma di servizi sanitari durante tutto il corso della vita;

- Efficienza, massimizzando il beneficio delle risorse disponibili ed evitando sprechi.

La Regione Basilicata possiede già una soluzione di telemedicina diffusa su scala regionale dal 2021 e intende con il presente Piano dei Fabbisogni garantire il completo rispetto delle “Linee guida per i Servizi di Telemedicina per il sub-investimento 1.2.3.2”, le quali definiscono i requisiti generali, funzionali e tecnologici per tutti i moduli che compongono l’infrastruttura regionale di telemedicina. I moduli saranno integrati tra loro e integrabili con la piattaforma nazionale di telemedicina.

Si intende proseguire con l’evoluzione tecnologica e funzionale della piattaforma POHEMA in esercizio in Regione Basilicata, allo scopo di estenderne le caratteristiche verso un sistema informativo Ospedale/Territorio completamente interoperabile e modellabile rispetto ad un approccio gestionale non orientato solamente al singolo problema, ma adattabile a tutti i processi legati ai percorsi del paziente.

L’evoluzione della piattaforma in uso permetterà non solo di poter gestire il telemonitoraggio per pazienti a domicilio con patologie respiratorie e/o di scompenso cardiaco e di proseguire con le attività di televisita per le prestazioni ambulatoriali, ma anche di far evolvere i modelli di cura in tutti quei contesti nei quali sia prevista la completa gestione del paziente da remoto.

2.1 Evoluzione del software Regionale in essere ed Integrazione con il sistema di Telemedicina Nazionale

La Regione Basilicata intende proseguire con lo sviluppo e l’implementazione della soluzione in essere definendo i requisiti generali, funzionali e tecnologici per tutti i moduli che compongono l’infrastruttura regionale. Tali moduli dovranno essere integrati tra loro e integrabili con la piattaforma nazionale di telemedicina.

2.2 Migrazione applicativa al CLOUD

La Regione Basilicata ha previsto di attivare il cloud regionale. Per tale motivo è necessario prevedere la migrazione di tutti gli applicativi dalla soluzione precedente al nuovo Cloud Regionale verificando la scelta della tipologia di migrazione dell’applicativo in cloud al fine di evitare possibili eventuali stravolgimenti funzionali. A tale scopo si dovranno definire e valutare i possibili interventi che consentano di attuare il massimo livello di ottimizzazione e beneficio nella trasformazione in cloud.

2.3 Gestione della privacy e sicurezza delle informazioni

Tutto quanto definito in materia di privacy e sicurezza dovrà essere garantito nel rispetto di:

- D.Lgs. 196/03 successivamente rivisto con D.lgs. 101/18, provvedimenti emanati dal Garante della Privacy
- Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali, di seguito GDPR)
- Standard di settore, in particolare quelle richieste dalla ISO 27001/27002 e adeguare la soluzione alle linee guida AGID

2.4 Configurazione e Gestione dell’Allarmistica

La gestione dell'allarmistica, già presente nell'attuale soluzione di Telemedicina, dovrà prevedere nuove modalità di configurazione da parte degli operatori sanitari, differenziata per PDTA e dispositivi medici utilizzati per il Telemonitoraggio. Dovrà essere supportata da reportistica di sintesi.

2.5 Interoperabilità e Integrazione con il SISIR

Al fine di garantire l'interoperabilità secondo gli standard sopra definiti, la soluzione dovrà integrarsi con i principali sistemi informativi nella Regione.

2.6 Integrazione della Cartella Ambulatoriale con il sistema di Telemedicina POHEMA

Nell'ambito del progetto di Telemedicina in corso, il sistema della Cartella consente allo specialista di accedere al modulo DOC-AVC di POHEMA in maniera integrata e di effettuare televisita e telerefertazione. Il modulo DOC-AVC di Televista e Teleconsulto certificato Classe IIa consente l'abilitazione di sessioni di audio-video comunicazione tra operatori sanitari e pazienti, e permette al personale autorizzato di controllare lo stato di salute del paziente ed eseguire adeguamenti terapeutici o diagnostici da remoto. Con DOC-AVC è possibile:

- Comunicare tramite chat e videochiamata
- Condividere documentazione clinica (referti, esami, analisi, diagnosi...)
- Raccogliere e monitorare i dati clinici Aggiornare Diario Clinico e Piano di Cura Somministrare schede di valutazione

L'integrazione tra la Cartella e POHEMA è già in corso per quanto concerne l'accesso diretto dalla Cartella all'evento di Televisita in POHEMA e anche per la possibilità di condividere la documentazione prodotta con i differenti moduli della Cartella ad esempio per i piani terapeutici e per i referti direttamente in POHEMA, senza l'utilizzo del salvataggio in locale e di valutare insieme ai referenti di progetto tutti i possibili miglioramenti attuabili nell'ambito di tale integrazione tra i 2 sistemi.

2.7 Integrazione con i sistemi RIS e LIS aziendali

Si prevede di realizzare l'interfaccia del software POHEMA con i software LIS e RIS già in dotazione e in uso presso la Regione Basilicata, secondo le logiche funzionali che saranno definite con gli attori del Progetto.

2.8 Integrazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico

Le piattaforme FSE e di telemedicina sono mutuamente connesse e concorrono nel realizzare processi clinici, di governo anche tecnologico, di gestione dati e messa a disposizione di servizi verso i cittadini e verso i professionisti, appoggiandosi su strutture cloud e logiche a microservizi. Tale impostazione tecnologica abilita il riuso di servizi e funzioni comuni alle due piattaforme e un governo più efficace o operativo del processo di riuso di nuovi servizi che potranno aggiungersi a quelli essenziali indicati ad oggi nelle linee guida di attuazione. In aggiunta alla gestione dei documenti e dei dati, la progettazione e realizzazione progressiva della gestione degli eventi, sulle due piattaforme, è propedeutica a questa visione di prospettiva, ma è anche funzionale nel fornire a breve-medio periodo servizi basati sul dato concretamente più evoluti rispetto a quelli basati sul documento.

La naturale evoluzione delle due piattaforme, dopo l'attuazione del PNRR, va nella direzione di divenire un'unica architettura tecnologica.

La piattaforma FSE è abilitante per la raccolta dei dati e documenti e per l'erogazione di servizi "non specializzati" (cioè non incardinati in workflow di presa in carico specifici) verso cittadini e professionisti sanitari. La piattaforma di telemedicina, invece, dovrà via via realizzare tutti i servizi, identificati e futuri, di presa in carico territoriale e domiciliare.

Il sistema FSE raccoglierà tramite il gateway documenti, dati ed eventi prodotti dai soggetti erogatori, mantenendo la struttura federata degli Indici (Registry) per la gestione documentale e introducendo la gestione di dati ed eventi tramite l'EDS, che offre sia componenti di memorizzazione (Data Repository) che un layer di servizi per l'accesso al dato.

Si prevede che la piattaforma regionale di telemedicina alimenti l'FSE al pari dei sistemi produttori e utilizzi i servizi di consultazione.

La gestione documentale è realizzata: dagli Indici (Registry) regionali che indicizzano i documenti memorizzati presso i sistemi informativi delle strutture sanitarie e dall'Infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità (INI) e dall'Indice (Registry) nazionale, che consentono l'accesso ai documenti da una regione diversa da quella di produzione del dato e abilitano le funzioni di trasferimento degli indici dei documenti che costituiscono il fascicolo.

La gestione dei dati e l'erogazione dei servizi viene invece realizzata dall'Ecosistema Dati Sanitari (EDS) che contiene dati atomici anche personali secondo standard internazionale HL7-FHIR e realizza servizi secondo processi di erogazione regolati sempre dallo standard HL7-FHIR.

Il Repository Regionale dovrà avere anche fini di prevenzione, con il medesimo data model FHIR dall'EDS, ed essere alimentato da EDS mediante meccanismi di sincronizzazione. Il Gateway nazionale assicurerà che i documenti ed i dati prodotti nativi digitali dai dipartimentali delle strutture sanitarie, siano conformi agli standard e ai dizionari terminologici e tradurrà i documenti dallo standard HL7

CDA2 allo standard FHIR, oltre ad assicurare che i metadati che compongono l'indice degli Indici/Registry regionali e Nazionale siano conformi alle specifiche nazionali di interoperabilità.

2.9 Integrazione con il sistema di Pronto Soccorso

Si prevede di proseguire con l'analisi e il successivo sviluppo delle ipotesi di integrazione avviate nel 2022 tra il software di Telemedicina Regionale POHEMA e il software di pronto soccorso AMICO PS - al fine di consentire agli operatori del Pronto Soccorso di usufruire degli strumenti di Telemonitoraggio e Teleconsulto messi a disposizione da POHEMA, direttamente dall'interfaccia di AMICO PS.

2.10 Integrazione del Sistema di Telemedicina POHEMA con la cartella diabetologica METACLINIC

È stata avviata l'Analisi di una possibile Integrazione con la cartella ambulatoriale diabetica per svolgere le televisite e per la trasmissione in automatico da POHEMA a HUMAN delle rilevazioni fatte a domicilio dai pazienti con i loro glucometri. Questa integrazione dovrebbe consentire ai medici di poter utilizzare una sola piattaforma con tutti i dati a disposizione.

Integrazione del Sistema di Telemedicina POHEMA con la cartella onco-ematologica HUMAN

La necessità di integrare le suddette piattaforme nasce dall'esigenza di fornire agli specialisti un quadro completo e aggiornato dei dati clinici del paziente, anche durante le prestazioni di televisita e del teleconsulto, nonché di consentire la prescrizione di eventuali terapie in totale sicurezza, garantendo la tracciabilità del percorso di cura e lo scambio sicuro di dati e documenti clinici (terapie, prescrizioni, risultati diagnostici, ecc.).

La piattaforma di telemedicina deve assicurare agli specialisti le funzionalità per prendere in carico i pazienti oncologici mettendo a disposizione la loro storia clinica, con particolare attenzione alla diagnosi, alla stadiazione, ai referti di biologia molecolare, all'andamento degli esami di laboratorio, al programma terapeutico, ossia le informazioni che sono disponibili nel sistema di gestione delle terapie onco-ematologiche.

Anche i documenti clinici prodotti nel sistema di gestione delle terapie antitumorali (prescrizione terapia, registrazione della somministrazione dei farmaci, meeting multidisciplinari o GOM) dovranno essere resi disponibili nella piattaforma di telemedicina.

Allo stesso modo la redazione della relazione/referto della televisita (o il teleconsulto) dovrà, in modo analogo, essere reso disponibile alla consultazione nel sistema di gestione delle terapie antitumorali.

L'interoperabilità e la cooperazione applicativa tra i due sistemi permetterà pertanto, una modalità di assistenza più articolata con evidenti vantaggi per tutti i soggetti interessati.

2.11 Evoluzione Ecosistema Digitale delle cure territoriali, COT, della Telemedicina e interoperabilità aziendale e regionale

Il Progetto per la realizzazione dell'Ecosistema Digitale delle Cure Territoriali, della telemedicina e dell'IT del SISIR della Regione Basilicata nasce per estendere e consolidare la governance clinica assistenziale per la gestione dei processi organizzativi e logistici di accoglienza, la valutazione e presa

in carico attraverso il monitoraggio delle transizioni da parte delle COT e il governo della continuità Ospedale Territorio.

Con l'implementazione del sistema delle COT (Centrali Operative Territoriali) si potrà prevedere l'evoluzione della Centrale Territoriale unica delle Dimissioni come costola della COT, per renderle interconnesse ed interoperabili e in grado di gestire tutti i processi di accoglienza e gestione della valutazione per i diversi setting assistenziali. Tale modalità potrà avvenire attraverso due piattaforme interoperabili già attive in regione, ATL@NTE che gestisce il Sistema Informativo di Territorio Regionale e POHEMA Piattaforma Regionale di telemedicina.

Altre attività che potrebbero realizzarsi per arricchire il progetto riguardano l'integrazione con la Centrale Dimissioni, con il sistema di Gestione dei Recoveri, con il sistema di gestione DEMA, l'integrazione tra Atl@nte e il repository di POHEMA, l'integrazione con Order Entry per la parte hospice e l'integrazione con Enterprise Service Bus GPI.

2.12 Evoluzione del sistema di Televisita e di Teleconsulto

Il sistema in essere in Basilicata (POHEMA) è stato realizzato secondo il paradigma mobile first e user

experience ovvero un sistema che offre microservizi relativi all'erogazione delle prestazioni video in modalità remota e che è integrato con i sistemi che attivano i processi assistenziali territoriali, di prevenzione ed ospedaliero, favorendo la collaborazione di tutti gli operatori sanitari che hanno in carico l'assistito. Il sistema, basato su componenti a codice sorgente aperto, deve supportare tutti i moderni sistemi operativi quali windows, unix, IOS, android, linux OSX etc.; dovrà essere integrato con il sistema CUP regionale per la gestione delle attività, con la cartella ambulatoriale e con il sistema di ADT. Si ricorda che POHEMA è basato sullo standard webrtc, con relativa APP nativa per ios e android (Salute Basilicata)

Il teleconsulto è una prestazione erogata telematicamente da medici specialisti per i medici richiedenti, in modo organizzato e strutturato. In generale viene richiesta una diagnosi o una indicazione di terapia e quasi sempre non è prevista l'interazione con il paziente.

Il teleconsulto può essere effettuato in modalità **sincrona** o **asincrona** e può essere di due tipologie:

Teleconsulto d'urgenza

Teleconsulto programmato

Parte fondamentale del teleconsulto specialistico è la raccolta dei dati clinici, che deve avvenire in maniera funzionale e integrata, e la loro trasmissione, che deve essere sicura e nel rispetto dell'privacy.

Si richiede al fornitore di evolvere il sistema proponendo una soluzione per gestire entrambe le casistiche e di prevedere la consultazione di immagini attraverso un visualizzatore DICOM zerofootprint integrabile con i PACS terzi aziendali per visualizzare immagini come TAC, Risonanza Magnetica e Radiologia Convenzionale o provenienti da altre modalità come gli endoscopi. Le evoluzioni alle componenti di Teleconsulto e Televisita già attive, dovranno riguardare sia l'applicativo WEB che l'APP Salute Basilicata, in pieno coordinamento con le evoluzioni da attuare nell'ambito del progetto Regionale SALUTE BASILICATA.

2.13 La Gestione dei PDTA

In coerenza con il Progetto già avviato nel 2021, si richiede di proseguire con l'implementazione dei flussi utili a:

- Prendere in carico del paziente: il sistema dovrebbe mettere a disposizione un software che consenta alla struttura che ha diagnosticato la patologia, la registrazione dei dati del paziente ed i referti degli esami effettuati, nonché il suo inserimento nell'elenco dei pazienti trattati;
- Gestione del paziente: il sistema dovrà mettere a disposizione delle COT ai fini della presa in carico del paziente (dalla diagnosi al fine vita), un modulo software che riceva la richiesta di inserimento di un paziente e ne consenta l'associazione al PDTA più adatto alla patologia riscontrata. Dovrà, inoltre prevedere dei sistemi di colloquio con il paziente e/o il suo caregiver, che affianchino quello telefonico, consentendo anche un dialogo asincrono (chat, videochiamata pp con notifiche Push, ecc.);
- Gestione del PDTA: il sistema, in base al PDTA scelto, dovrà guidare gli operatori delle COT, nella verifica della corretta gestione del protocollo, prenotarle tenendo conto del domicilio dell'assistito. Dovrà, inoltre, permettere la codifica del PDTA, la definizione di tutte le fasi che lo compongono e guidare l'equipe medica nella sua attuazione. Il sistema dovrà essere flessibile, consentire la codifica dei PDTA individuati in fase di partenza del progetto ma, anche, di configurarne nuovi ove la Rete ne verificasse l'esigenza;
- Gestione di un'equipe medica: per ogni paziente arruolato sarà disponibile una equipe medica composta da figure sanitarie diverse con il compito di tracciare e definire il percorso diagnostico-terapeutico più appropriato, identificando modi, tempi e sede delle singole tappe del percorso. Il sistema dovrà consentire la definizione di equipe mediche appartenenti anche ad aziende diverse, composte in funzione della patologia da trattare e del reparto per acuti dimettente, tutti i componenti l'equipe potranno accedere ai dati del paziente e saranno informati sull'evoluzione della malattia. La soluzione individuata dovrà

consentire il colloquio informatizzato tra i componenti dell'equipe, i MMG, il paziente ed il suo caregiver.

La Gestione dei ricoveri e della post ospedalizzazione sarà in carico al sistema in uso dalla COT (Atlante).

2.14 Salute Basilicata

Nell'ambito del progetto Salute Basilicata sono stati avviati vari sviluppi per integrare l'offerta del servizio della Telemedicina.

Tutte le evoluzioni previste dovranno essere accessibili dal portale web e dall'APP Salute Basilicata per consentire al cittadino di raggiungere tutti i servizi che la regione mette a disposizione da un punto di accesso unico sicuro, rapido ed efficiente.

La proposta prevede perciò di portare a termine le attività già avviate con lo scorso progetto del 2021 legate all'evoluzione per Portale anagrafe, al servizio di Prenotazioni, al servizio di screening oncologici e di analizzare e sviluppare i seguenti nuovi obiettivi:

- realizzare un modulo software per la consultazione del profilo centralizzato dell'utente, privacy compliant e interoperabile by design;
- incrementare i servizi in app Salute Basilicata per gli operatori sanitari medici specialistici e medici di medicina generale;
- massimizzare le capacità di divulgazione dei servizi interni verso gli operatori sanitari;
- continuare a proporre un portale web istituzionale di servizi sanitari, digital e mobile first, privacy e interoperabile by design, e sempre più integrato con i servizi online per l'assistito e per la consultazione dei contenuti ottimali da qualsiasi dispositivo;
- gestire i canali di comunicazione esterna con la creazione di newsletter, tutorial e altri prodotti informativi, supportare i processi di creazione di nuovi contenuti, template e associazione a specifici contenuti, elaborare elementi multimediali a corredo dei contenuti (immagini, banner, audio e video),
- potenziare le pagine web per garantire una migliore user experience e contenuti accessibili, arricchire faq e strutturare meccanismi di assistenza;
- raccogliere i feedback da parte dell'utente tramite l'implementazione di meccanismi di customer satisfaction legati al servizio.

Il portale web Salute Basilicata, facendo leva sull'innovazione tecnologica e sull'interoperabilità dei servizi, deve rappresentare il punto di accesso a servizi online per gli assistiti.

2.15 L'Intelligenza Artificiale in Telemedicina

Si prevede un sistema di intelligenza artificiale per interagire con il paziente in POHEMA nel suo linguaggio naturale. Il paziente potrà richiedere informazioni sulla sua salute e l'assistente virtuale sarà in grado di dare suggerimenti e raccomandazioni. Di grande sostegno al lavoro del medico, l'AI sarà in grado di "dialogare" con il paziente e supportarlo nel suo piano di cura: monitorando specifici parametri, gestendo gli allarmi, riconoscendo le sintomatologie, suggerendo opportuni stili di vita.

Il sistema di AI dovrà essere in grado di seguire e supportare il paziente nelle diverse fasi della malattia, dal riconoscimento della sintomatologia alla scelta di opportuni stili di vita, dalla somministrazione di scale di valutazione a triage ed assessment e dovrà permettere lo sviluppo e l'integrazione di PDTA, nonché la realizzazione di BOT per assistenza virtuale al paziente.

Riorganizzazione dei servizi territoriali

In attuazione delle indicazioni programmatiche fornite dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), così come recepite:

- dal Ministero della Salute con DM n. 77/2022 di adozione del Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale;
- dalla Regione Basilicata con le DD.GG.RR. n. 948/2022 e n. 421/2024;
- da questa Azienda, con la Deliberazione n. 44 del 29.01.2023;

si rende necessario procedere ad una riorganizzazione assume la precipua finalità di implementare i servizi territoriali per il conseguimento dei seguenti obiettivi strategici sottesi, ossia:

- migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari
- migliorare la qualità dei servizi sanitari
- migliorare l'efficienza dei servizi sanitari

Tanto pur nella consapevolezza delle difficoltà attuative nella concreta esecuzione di presupposte azioni, quali:

- la necessità di adeguare le strutture e i servizi sanitari e sociosanitari esistenti ai nuovi modelli e standard previsti dal decreto, con particolare attenzione alla rete delle Case della Comunità;
- la necessità di garantire la formazione e l'aggiornamento dei professionisti sanitari e sociosanitari coinvolti nelle attività di assistenza territoriale, in particolare dell'Infermiere di Famiglia e Comunità, delle Unità di Continuità Assistenziale e delle Centrali Operative;
- la necessità di definire i criteri di accesso, erogazione e remunerazione delle prestazioni di telemedicina, in linea con le linee guida nazionali e le buone pratiche, assicurando la qualità, la sicurezza, la privacy e la tracciabilità delle stesse.

Il processo di riorganizzazione della funzione territoriale è finalizzato al perseguimento dei seguenti obiettivi strategici, in aderenza alle linee di indirizzo programmatico regionale, tramite:

1. Il rafforzamento dell'assistenza territoriale con:

o il potenziamento della rete di servizi sociosanitari sul territorio, per garantire un'assistenza più capillare ed integrata attraverso l'implementazione di nuovi modelli strutturali territoriali;

o il consolidamento delle strutture di supporto come ambulatori e servizi domiciliari, al fine di garantire una risposta tempestiva e qualificata alle esigenze di salute della popolazione e, più in generale, il miglioramento continuo dell'assistenza;

2. l'integrazione socio-sanitaria con:

o la promozione della cooperazione tra servizi sanitari e sociali;

o la facilitazione dell'accesso alle cure;

o il supporto alle fasce più vulnerabili;

al fine di favorire la prossimità e l'appropriatezza, valorizzare il governo del rischio clinico e assicurare l'equità;

3. l'innovazione tecnologica con:

- l'implementazione di soluzioni e tecnologie digitali per rafforzare l'efficienza dei servizi e la gestione dei dati;
- il miglioramento della comunicazione tra pazienti e operatori, ottimizzando la gestione delle informazioni, nell'ambito del nuovo ecosistema digitale in via di realizzazione da parte della regione Basilicata per il supporto dei servizi socio – sanitari offerti sul territorio da parte delle Case di Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali;
- lo sviluppo ed il potenziamento dell'assistenza domiciliare, anche grazie all'ampia diffusione dei servizi di telemedicina e alle sue varie componenti, quali: il sistema per la gestione digitale del territorio, contenente le funzionalità applicative per la gestione e la governance clinico assistenziale informatizzata dei processi socio sanitari sul territorio e per la completa digitalizzazione dei documenti; la Piattaforma Regionale di Telemedicina, che costituisce l'infrastruttura informatica per supportare e sostenere in modo strutturato e organizzato l'attuazione delle diverse tipologie di processi e servizi di telemedicina (Televisita, Teleassistenza, Teleconsulto e Telemonitoraggio); il nuovo modello architettuale per la raccolta e valorizzazione dei dati prodotti presso i diversi servizi sociosanitari di ambito ospedaliero e territoriale.

4. la promozione delle iniziative di partecipazione/co-produzione con:

la partecipazione/co-produzione di tutti gli stakeholder coinvolti nei processi assistenziali (pazienti, familiari e caregiver, cittadini in forma singola o associata). Nell'attuazione del suddetto obiettivo assumono un ruolo prioritario:

- le iniziative di informazione da parte dell'Azienda finalizzate a comunicare alla cittadinanza la presenza della nuova organizzazione territoriale, i servizi offerti, le caratteristiche qualificanti e gli scopi del nuovo modello organizzativo aziendale, le modalità di accesso, i percorsi di cura e la continuità assistenziale;
- le iniziative di consultazione della cittadinanza da parte dell'Azienda, al fine di favorire la rilevazione dei bisogni di informazione e formazione dei cittadini e dei pazienti, anche attraverso l'adozione di nuovi metodi e tecniche decisionali (ad esempio giurie dei cittadini, Town meeting, ecc.), oltre all'ascolto di gruppi/organizzazioni con finalità di advocacy e di lobbying;

le iniziative di partecipazione attiva promosse dall'Azienda in partnership con i pazienti, familiari, caregiver, cittadini e comunità, utili a favorire logiche di promozione della partecipazione dal basso, con iniziative realizzate su proposta e stimolo della società civile e finalizzate:

- la co-programmazione e co-progettazione delle attività, dei servizi e dei percorsi di cura, sulla base delle esigenze prioritarie espresse dalla comunità;
- la co-erogazione delle prestazioni, vale a dire la partecipazione nella gestione dei servizi, attraverso l'inserimento di pazienti, familiari, volontari nella co-gestione di alcuni aspetti dell'organizzazione dei servizi e nell'attuazione di percorsi assistenziali, tesi ad assicurare un'assistenza centrata sul paziente;
- le iniziative di empowerment necessarie ad accrescere l'alfabetizzazione sanitaria di pazienti e cittadini, al fine di assicurare la gestione e la presa in carico della propria malattia e cronicità (autocura e autogestione del paziente), oltre a favorire la presa di decisione condivisa tra il paziente ed il professionista sanitario.

Area Amministrativa e di Staff

- monitoraggio e razionalizzazione delle attività per la riduzione delle diseconomie;
- valorizzazione della collaborazione e dei collegamenti informativi e professionali tra le strutture di erogazione dei servizi sociosanitari e quelle di supporto;
- redazione e attuazione del PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione) nel quale sono destinati a confluire diversi strumenti di programmazione tra cui il Piano della Performance, il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale, il Piano delle Azioni Positive, il Piano per l'Integrità e la Trasparenza;
- potenziamento della rete informatica territoriale ed estensione dell'informatizzazione dei servizi volta a una sempre maggiore dematerializzazione delle attività;
- attuazione piano dei Fabbisogni del Personale 2025/2027;
- attuazione delle Azioni Positive 2023-2025;
- attuazione Formazione del Personale 2025/2026;
- attuazione delle misure programmate per l'Integrità e la Trasparenza 2023-2025;
- attuazione degli interventi programmati con il Piano Triennale dei Lavori 2025/2027 (annualità 2025);
- adeguamento del sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale.
- verifica periodica sulla corretta alimentazione, in tutte le strutture aziendali, dei flussi informativi verso la regione ed il ministero;
- monitoraggio degli standard di qualità dei servizi con riferimento alla percezione dell'utenza;
- individuazione e rilevazione del fabbisogno di personale secondo principi di efficienza ed efficacia;
- ricognizione dei flussi informativi aziendali e individuazione dei responsabili del debito informativo.
- garanzia dell'equilibrio Economico finanziario/Contenimento spesa farmaceutica
- Attuazione gli interventi inseriti nel PNRR (sanità digitale e interventi infrastrutturali);

ALBERO DELLA PERFORMANCE

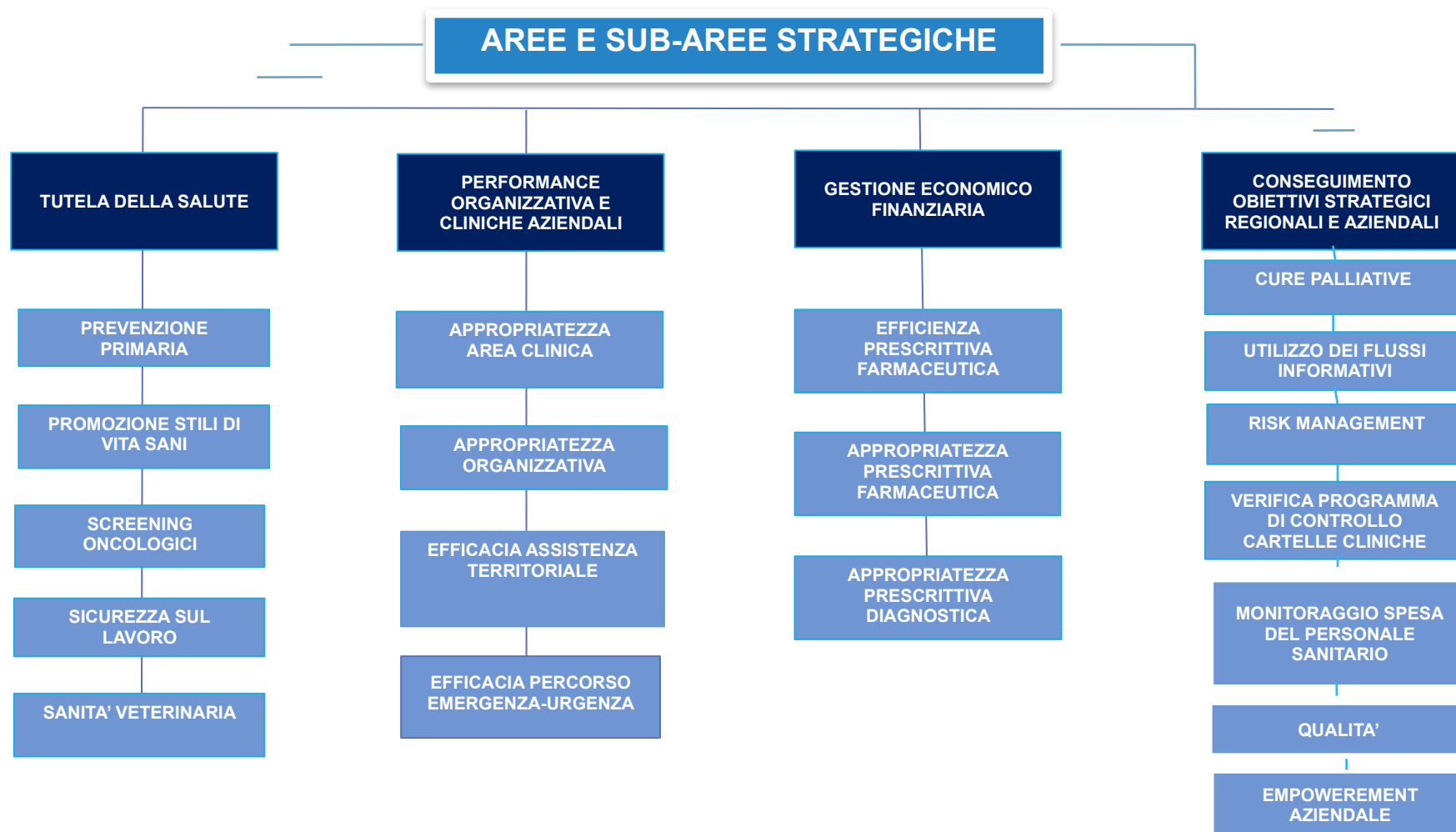
I legami fra mandato istituzionale, missione, aree strategiche e obiettivi strategici nell'ottica della trasversalità delle funzioni, sono rappresentati con l'albero delle performance che fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance aziendale.

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 4 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).



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 2025
- 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 antimeningococcica a 24 mesi

Copertura vaccinale

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 persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o da altro operatore sanitario di fare attività fisica

% 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

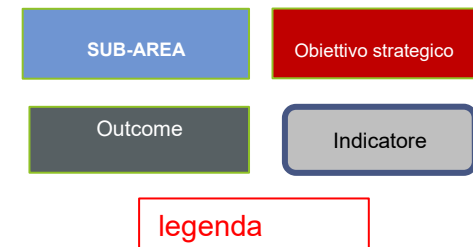
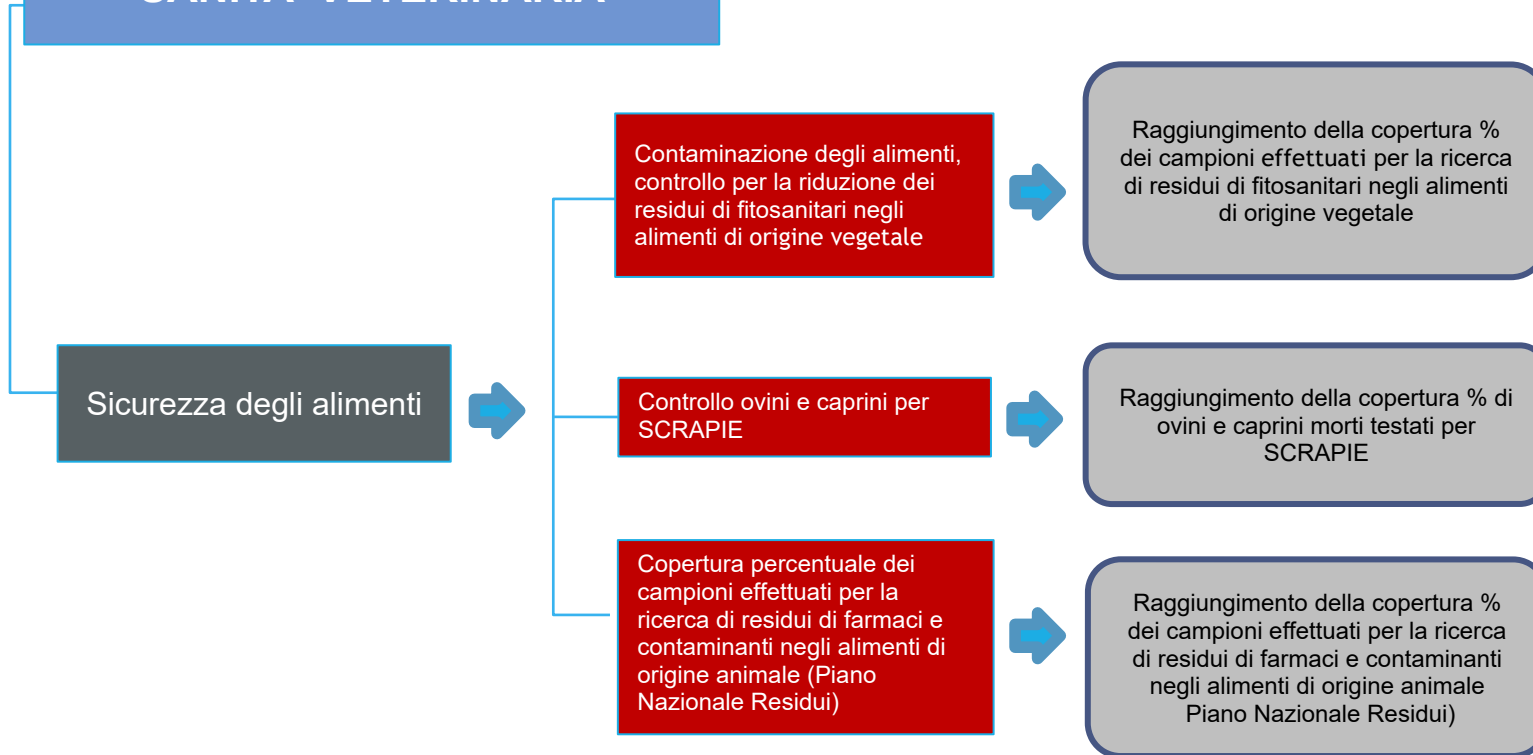
SUB-AREA

Obiettivo
Strategico

Outcome

Indicatore

SANITA' VETERINARIA



**APPROPRIATEZZA AREA
CLINICA**

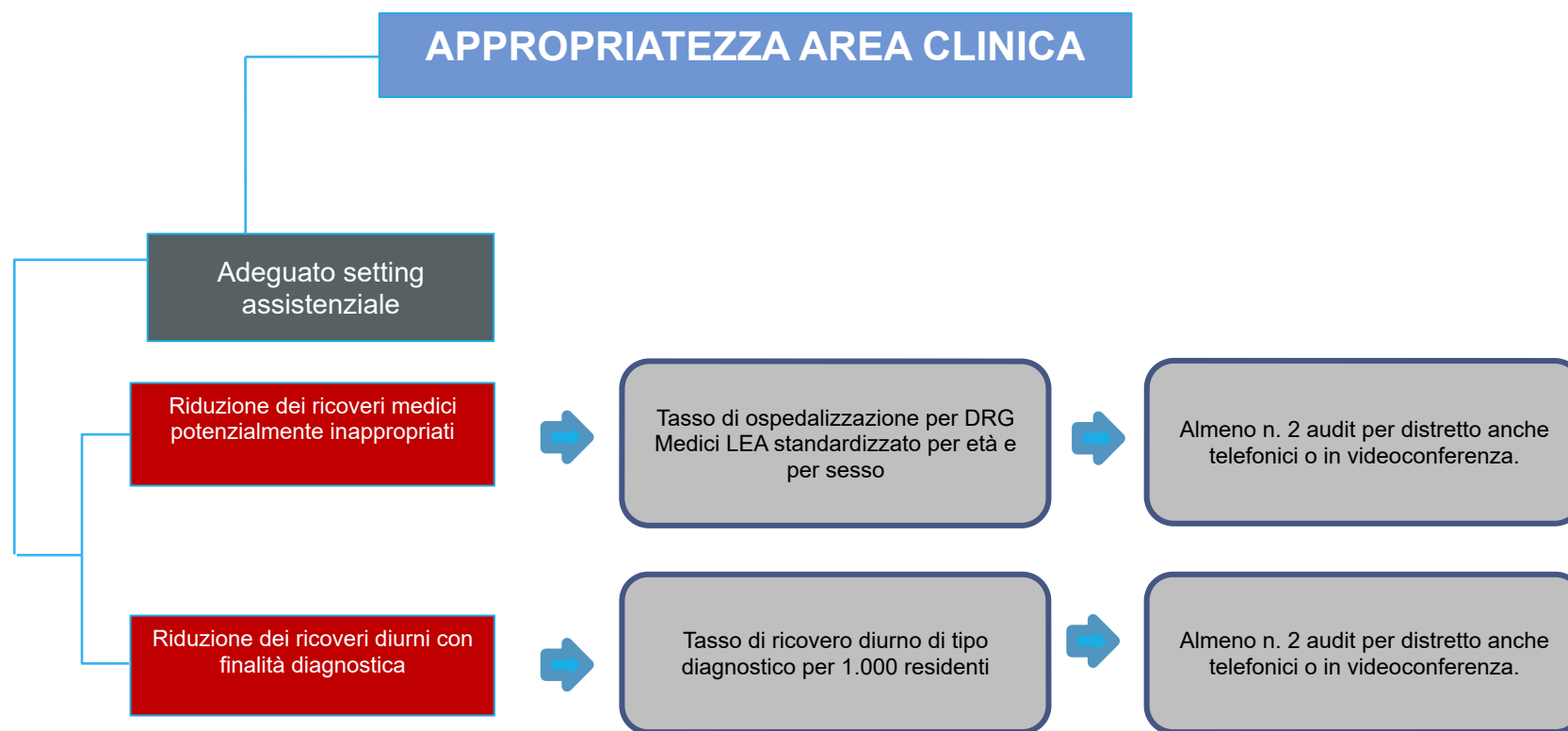
**APPROPRIATEZZA
ORGANIZZATIVA**

**EFFICACIA ASSISTENZIALE
TERRITORIALE**

**EFFICACIA PERCORSO
EMERGENZA-URGENZA**

PRINCIPALI SFIDE

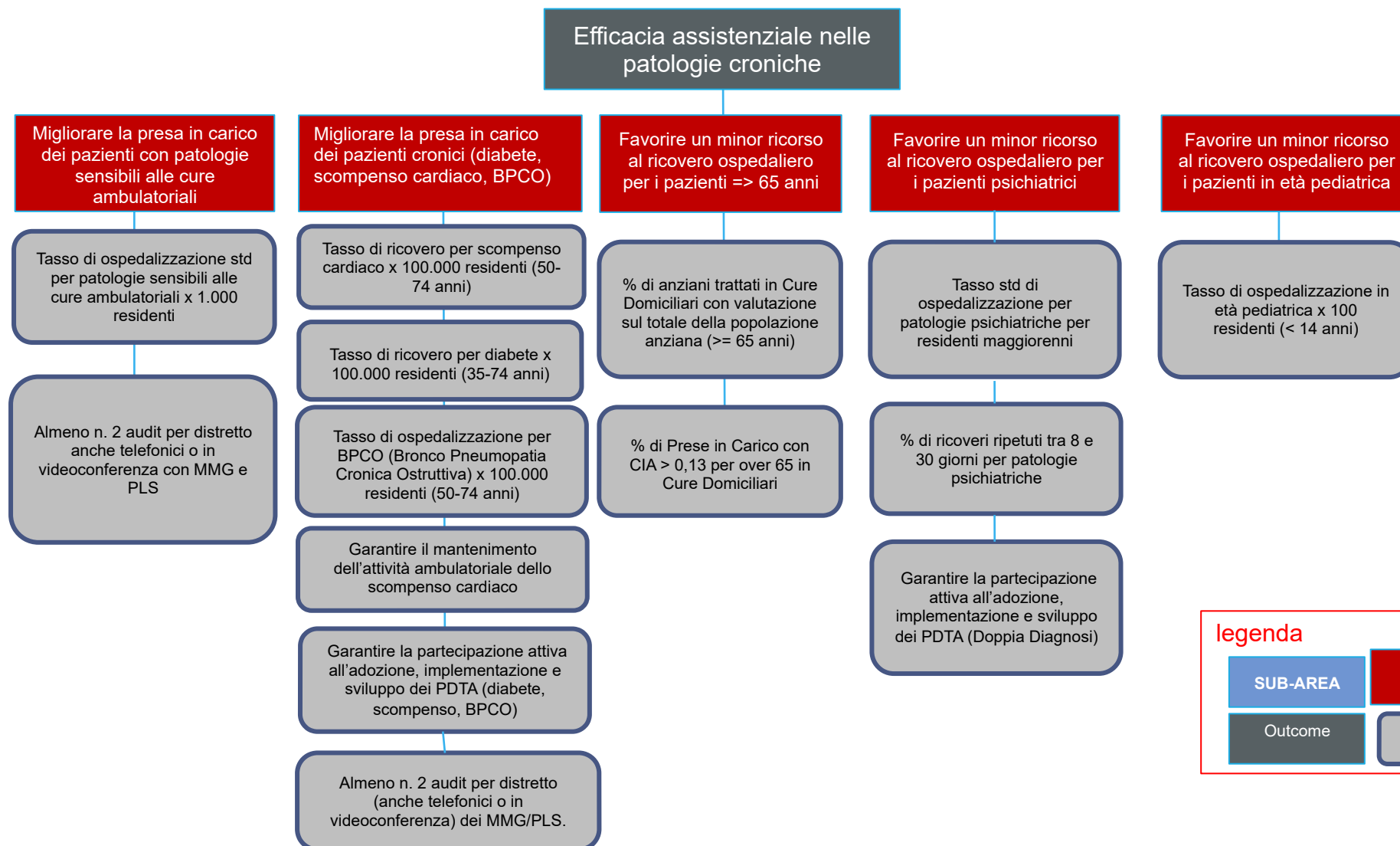
- Migliorare l'appropriatezza delle cure
- Migliorare l'efficacia dell'assistenza territoriale.
- Migliorare la qualità dei servizi offerti e della salute pubblica utilizzando al meglio le limitate risorse economiche ed umane.
- Contenere il numero di ricoveri ospedalieri per abitante al fine di riallocare le risorse per l'attivazione dei servizi territoriali.
- Migliorare la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico-degenerative.
- 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.
- Consolidare l'integrazione tra gli ospedali del SSR ed il sistema emergenza – urgenza.
- 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.
- Migliorare l'appropriatezza organizzativa del sistema emergenza - urgenza (tempestività di risposta - riduzione intervallo allarme-target 118).



legenda



EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE



legenda

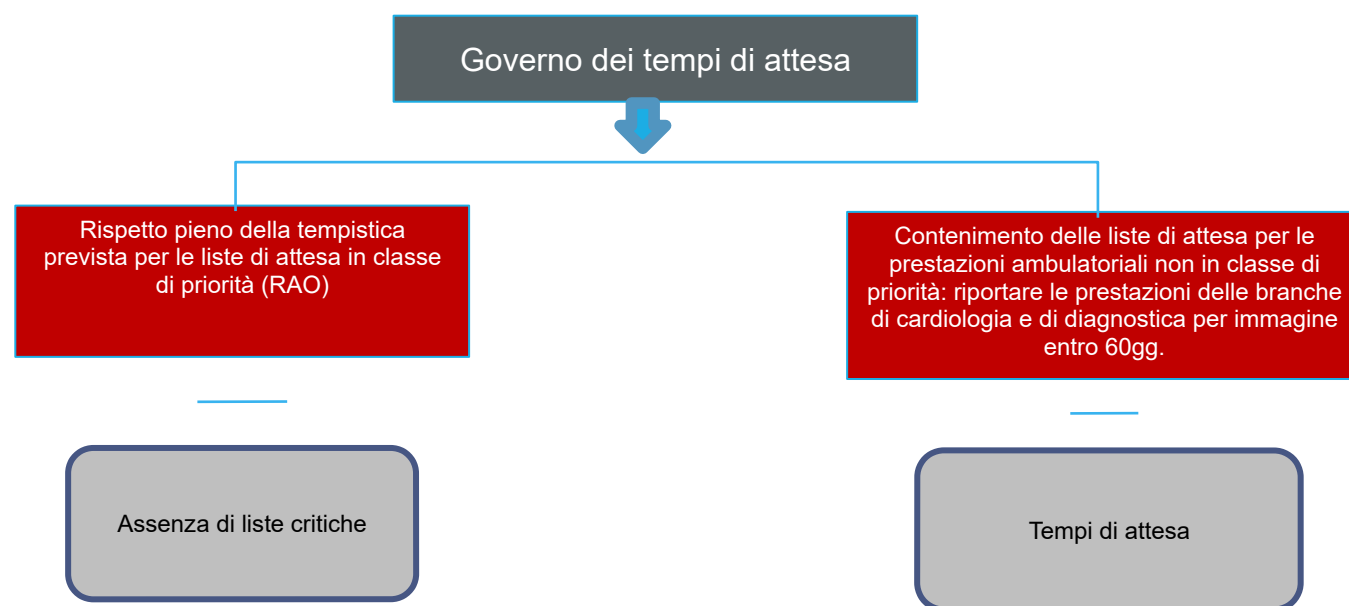
SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

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-AREA

Obiettivo
strategico

Outcome

Indicatore

**EFFICIENZA PRESCRITTIVA
FARMACEUTICA**

**APPROPRIATEZZA
PRESCRITTIVA
FARMACEUTICA**

**APPROPRIATEZZA
PRESCRITTIVA
DIAGNOSTICA**

**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.

EFFICIENZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA

Efficienza prescrittiva farmaceutica

Utilizzo farmaci presenti nella lista di trasparenza AIFA

Incidenza dei farmaci equivalenti sul totale a brevetto scaduto

Utilizzo farmaci biosimilari

% utilizzo farmaci biosimilari

legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA

Appropriatezza prescrittiva farmaceutica

Riduzione dell'incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (IPP)

Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (antiipertensivi)

Ridurre il consumo occasionale di antidepressivi (antiipertensivi)

Consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina

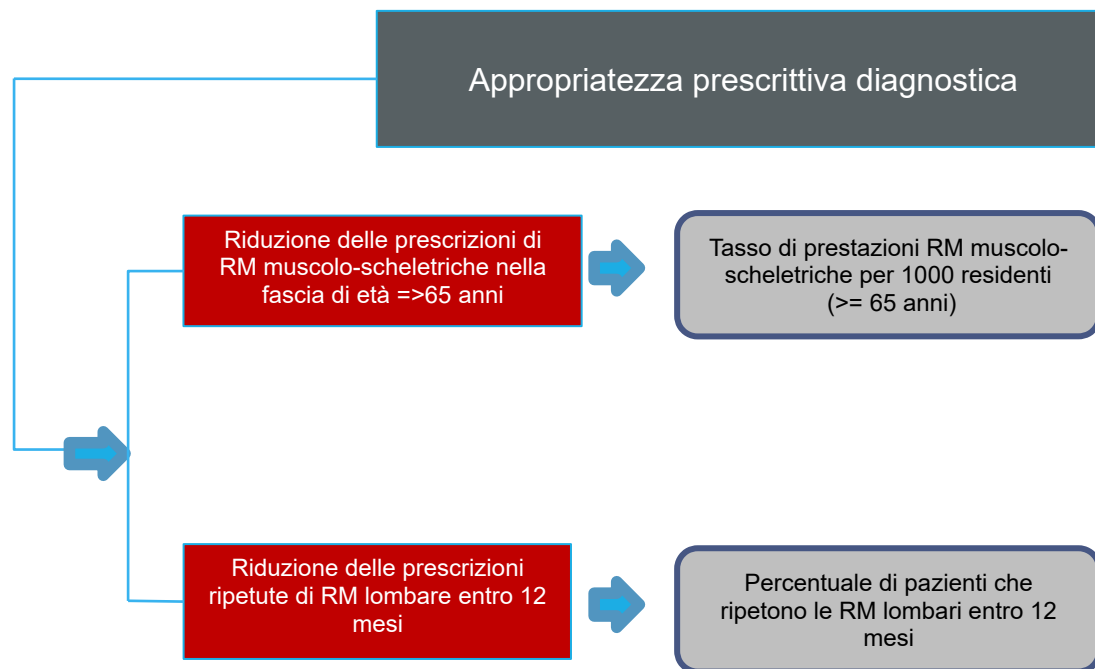
Consumo di farmaci antibiotici

Consumo di farmaci antibiotici

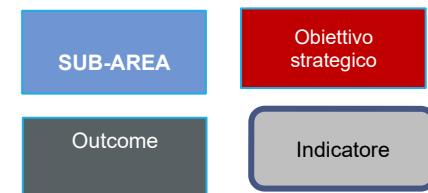
Consumo di colecalciferolo

Monitoraggio del consumo di colecalciferolo sul territorio

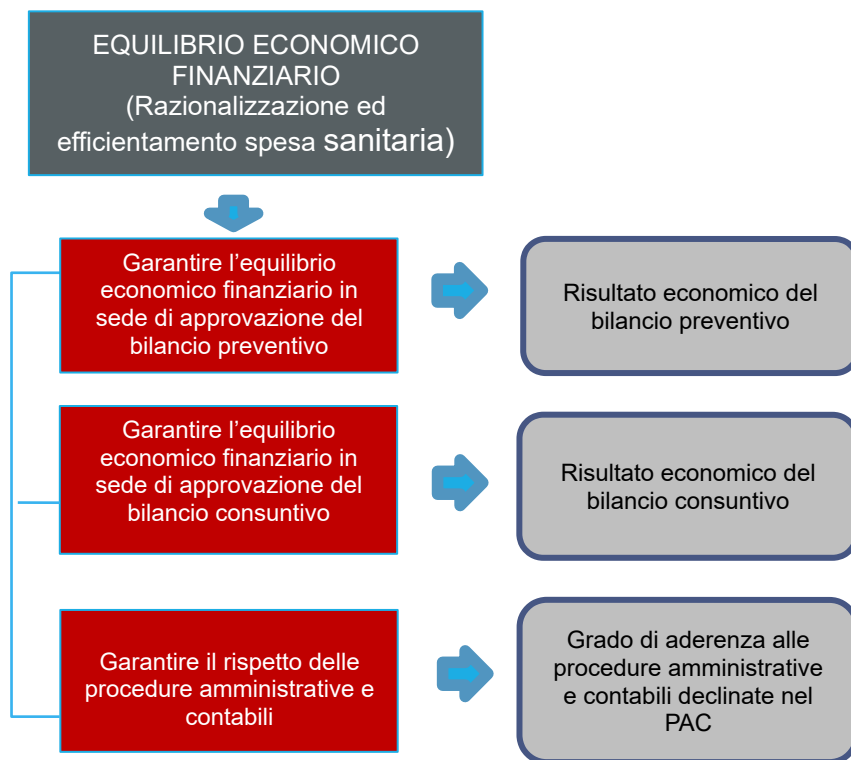
APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DIAGNOSTICA



legenda



EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO



Legenda

SUB-AREA

Outcome

Obiettivo strategico

Indicatore

OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI E AZIENDALI

CURE PALLIATIVE

UTILIZZO DEI FLUSSI
INFORMATIVI

RISK MANAGEMENT- RISCHIO
CLINICO

VERIFICA DEL PROGRAMMA DI
CONTROLLO DELLE CARTELLE
CLINICHE

QUALITA'

MONITORAGGIO SPESA DEL
PERSONALE SANITARIO

SANITA' DIGITALE

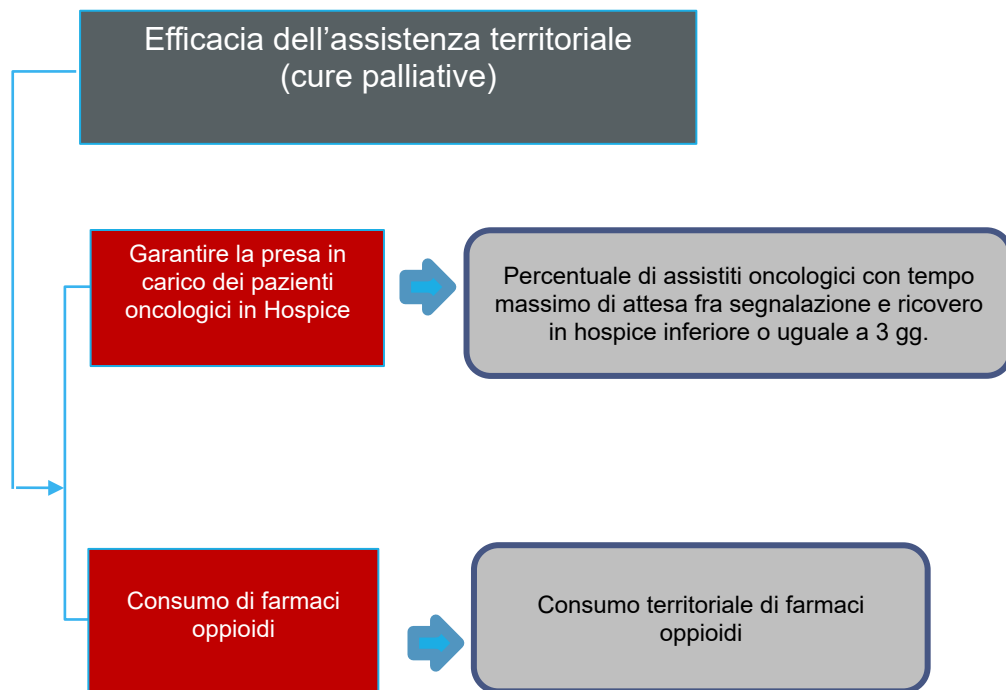
SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA

EMPOWERMENT AZIENDALE

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;
- Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) Diabete - BPCO - Scompenso Cardiaco e Doppia Diagnosi, DDG 211/2023 atto propedeutico all'implementazione dei PDTA anno 2025
- Miglioramento ed efficientamento spesa per il personale: verifica rispetto limite di spesa annuale per il personale fissato con DGR n.302 del 26.05.2022, DGR 291/2023, e DGR 521/2024 con la quale è stato assegnato il tetto di spesa netto per il 2023 pari a euro 76.096.275,00.
- Attuazione programma triennale 2025-2027, elenco annuale lavori 2025, relazione, elenco lavori finanziati e non ancora appaltati piano degli investimenti (DDG 989/2024);
- Attuazione del piano triennale dei fabbisogni 2023-2025 DDG 01052 del 02.12.2024;
- 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;
- Favorire la crescita progressiva della capacità dei dipendenti di partecipare ai processi e alle decisioni aziendali;

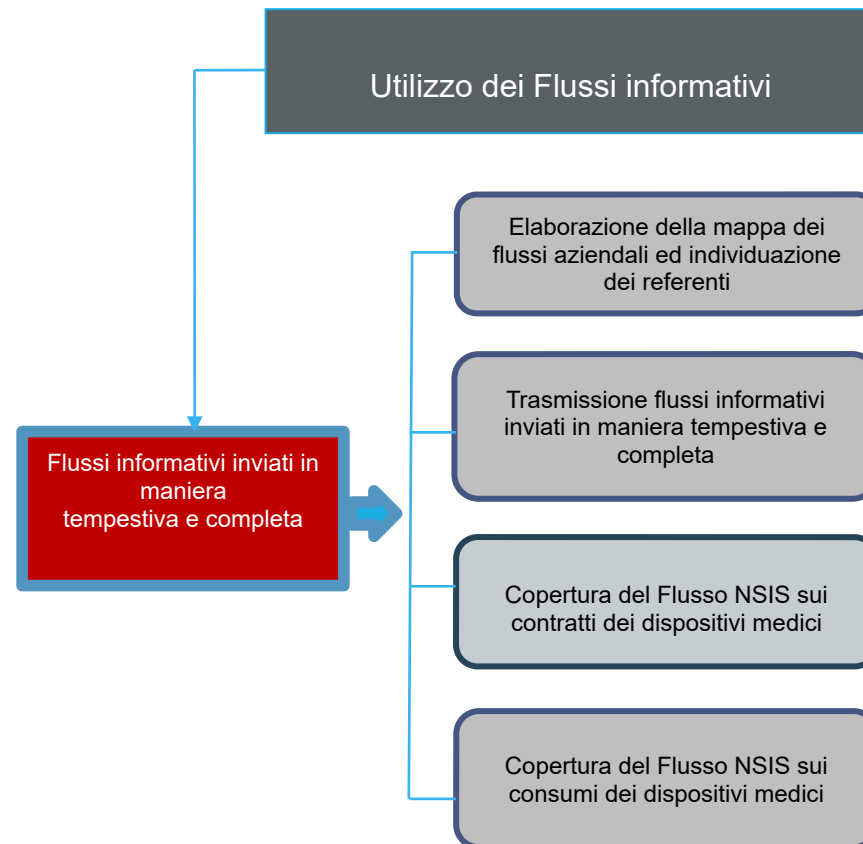
CURE PALLIATIVE

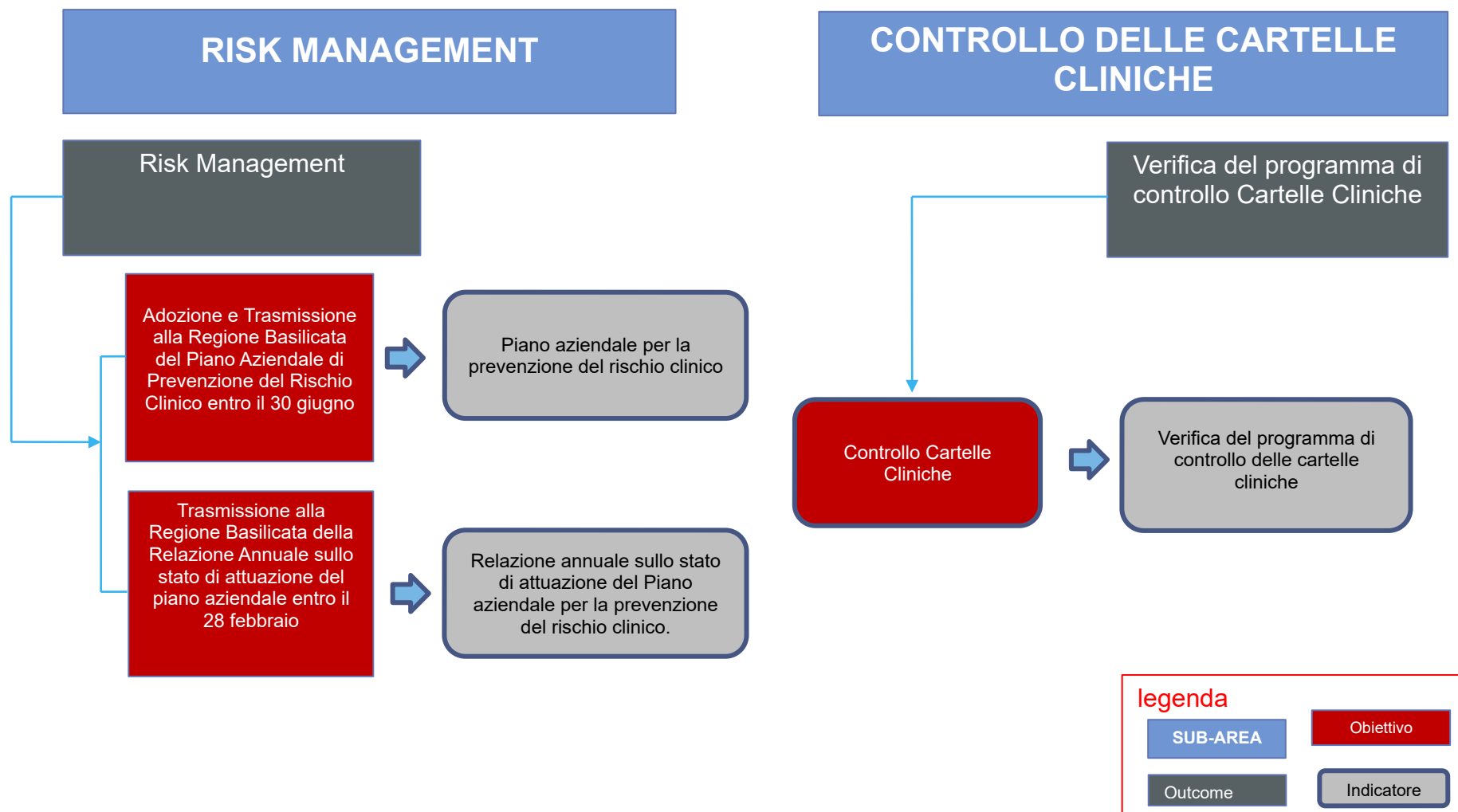


legenda

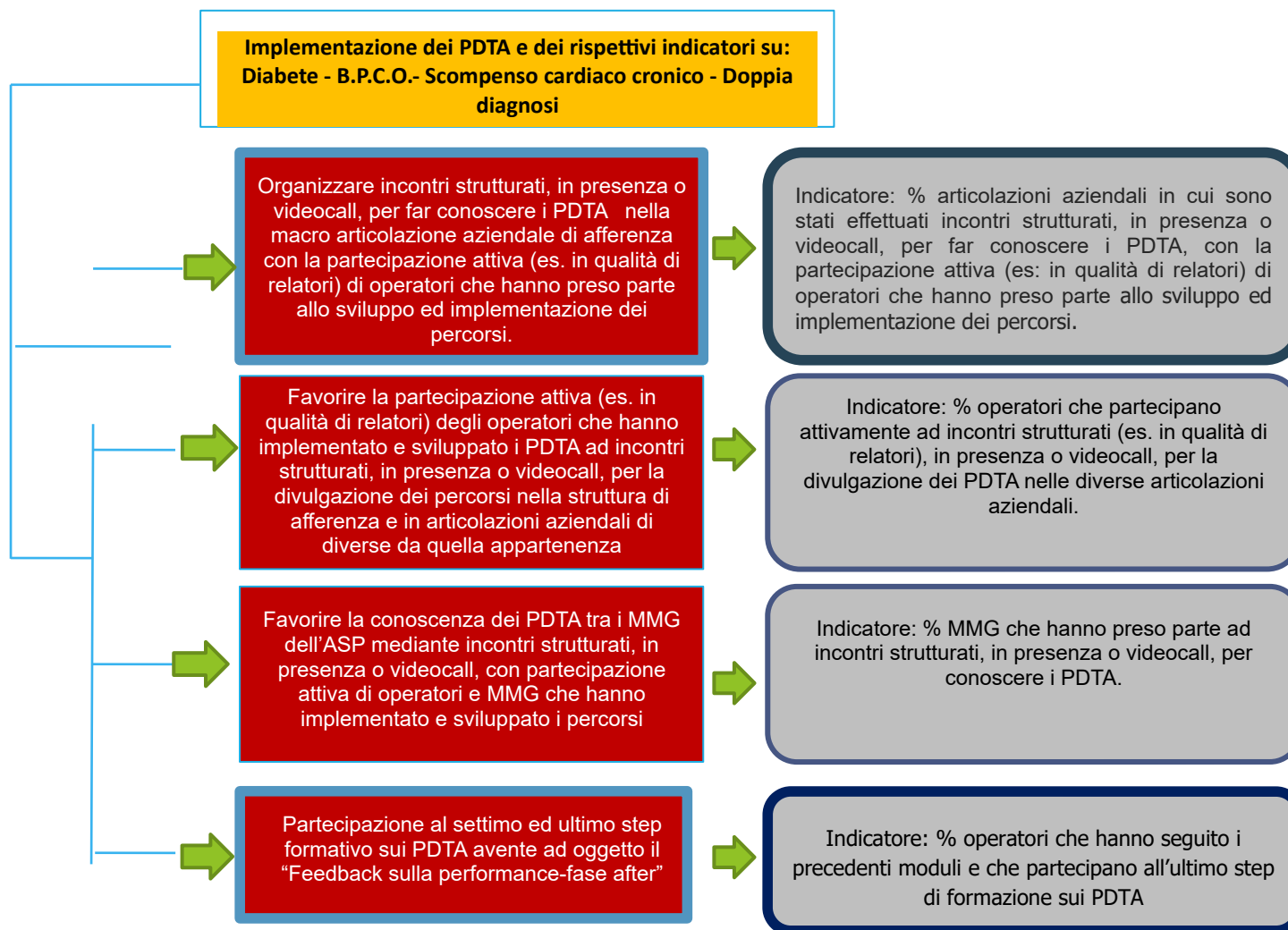


UTILIZZO DEI FLUSSI INFORMATIVI





OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI E AZIENDALI



legenda

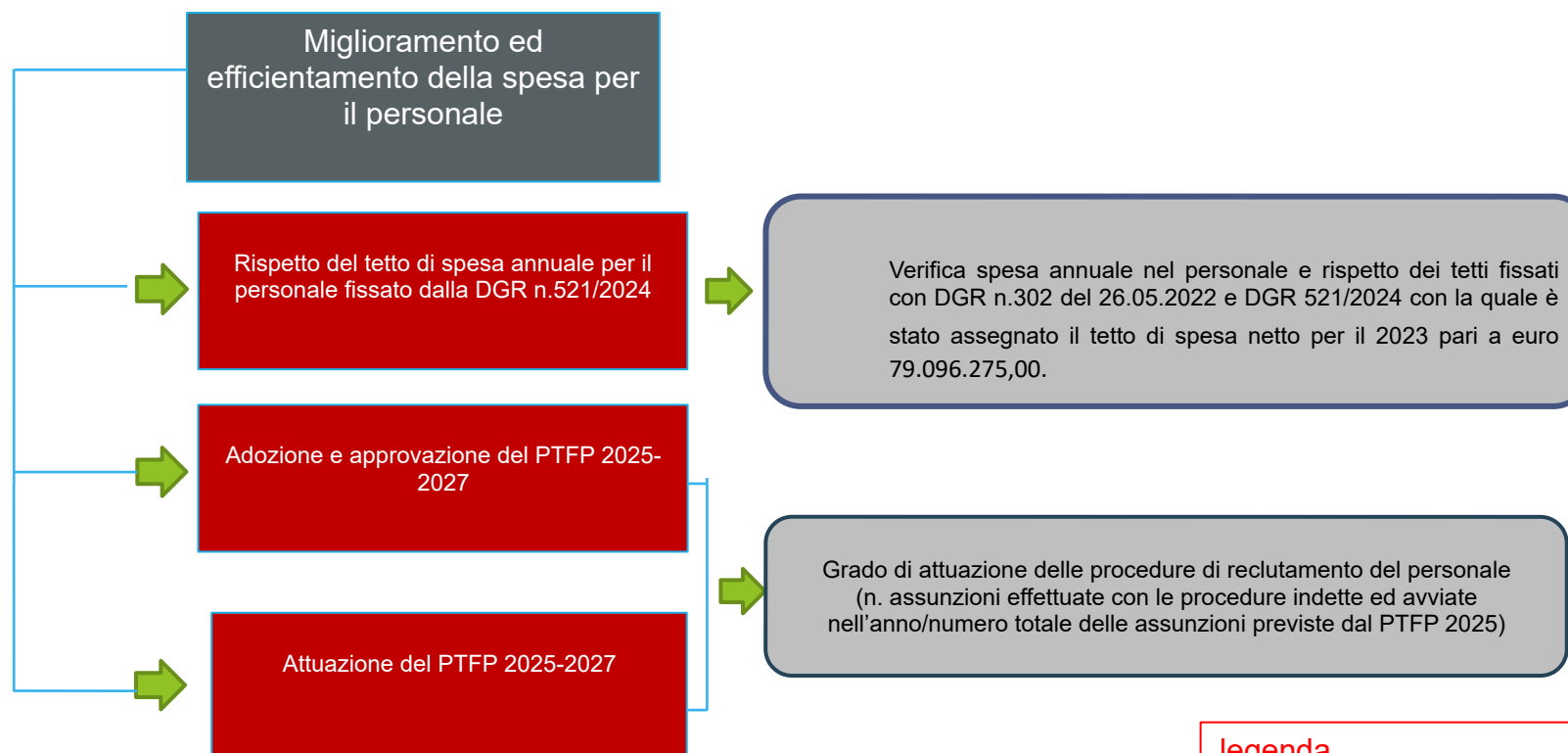
SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

MONITORAGGIO SPESA DEL PERSONALE SANITARIO



legenda

SUB-

Obiettivo
strategico

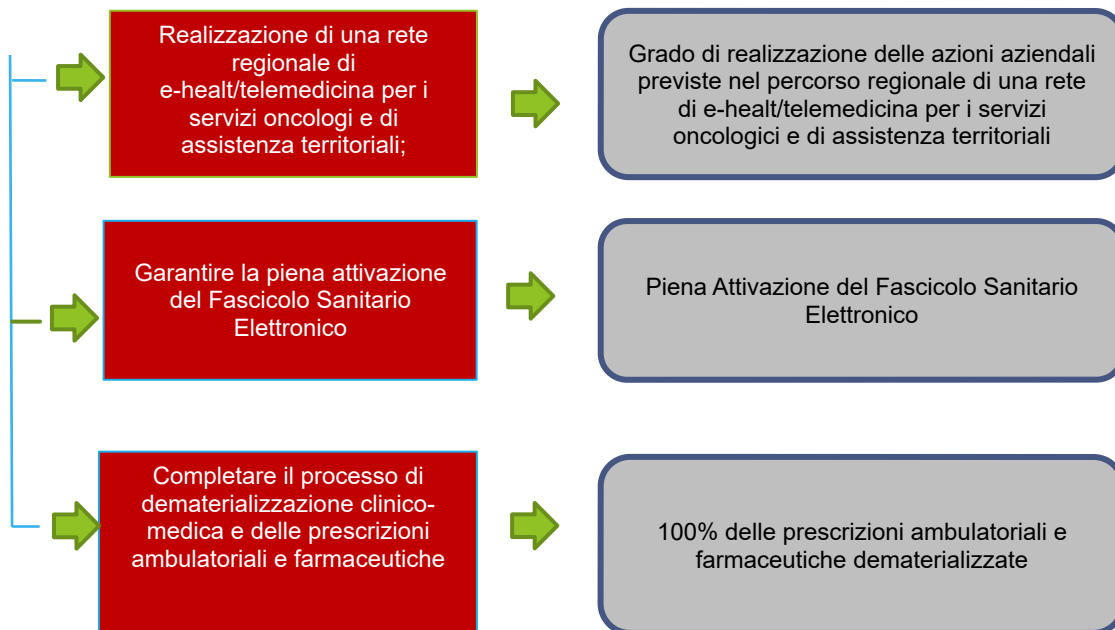
Outcome

Indicatore

OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI E AZIENDALI

SANITA' DIGITALE

Digitalizzazione e dematerializzazione



legenda

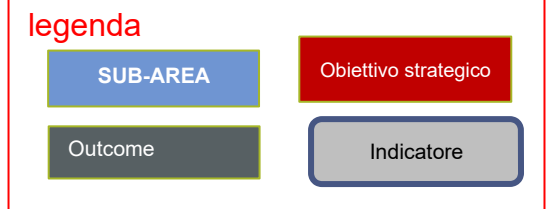
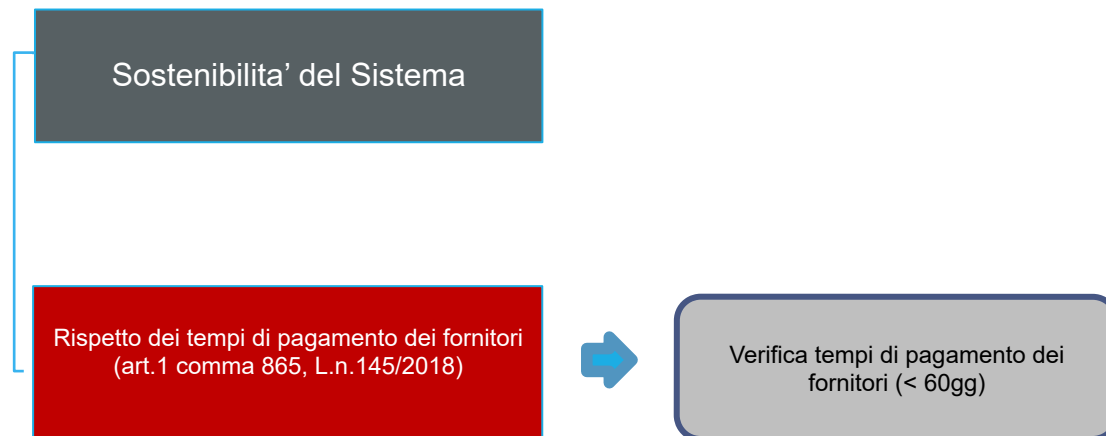
SUB-AREA

Obiettivo
strategico

Outcome

Indicatore

SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA



EMPOWERMENT AZIENDALE

Garantire l'attuazione dei principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D.lgs 150/2009 ed estesi dal D.lgs 33/2013 ed D.lvo n. 97/2016

Assolvimento degli obblighi di trasparenza amministrativa



Approvazione e attuazione misure previste del Piano per l'Integrità e la Prevenzione della Corruzione e/o relativa sottosezione PIAO e degli obblighi di pubblicazione di cui al D.Lgs 33/2013 e s.m. e i.

Garantire l'applicazione delle misure idonee a prevenire il rischio corruttivo previste nel Piano per l'Integrità e la Prevenzione della Corruzione – anno 2025 e/o nella relativa sottosezione del PIAO

Attuare le misure previste nel PTPCT 2025-2027-annualità 2025



Garantire il rispetto degli indicatori riportati nel Piano per l'Integrità e la prevenzione della Corruzione 2025-2027-annualità 2025 e/o relativa sottosezione PIAO

legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

La normativa nazionale in tema di qualità

Negli ultimi venti anni si è susseguita una serie considerevole di direttive e decreti aventi quale oggetto il tema della qualità dei servizi e degli strumenti per la valutazione della stessa. Gli standard riconfermano le voci attestate negli anni precedenti.

1. Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994: “Principi sull'erogazione dei Servizi Pubblici”;
2. Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 11 ottobre 1994: “Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico”;
3. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 maggio 1995: “Prima individuazione dei settori di erogazione dei servizi pubblici ai fini della emanazione degli schemi generali di riferimento di Carte dei servizi”;
4. Decreto Legislativo n. 286 del 30 luglio 1999, art.11 “Qualità dei servizi pubblici e Carte dei servizi”;
5. Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica del 24 marzo 2004 *“Rilevazione della qualità percepita dai cittadini”*;
6. Direttiva del Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione per una pubblica amministrazione di qualità del 19 dicembre 2006.
7. articolo 6 del decreto legge n. 80 del 9 giugno 2021 (cfr P.I.A.O.)

La spinta normativa ha poi subito una forte accelerazione in concomitanza con il decreto legislativo del 27 ottobre 2009, n. 150 “Ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”.

Il decreto, infatti, che pone al centro il tema della valutazione delle performance organizzativa e individuale (valutazione dei dirigenti e del personale), nell'introdurre un livello valutativo inerente tutta l'organizzazione, richiama esplicitamente la centralità del tema della valutazione della qualità dei servizi, assurgendola a vero e proprio parametro di valutazione.

Succedono al decreto, da parte della Civit (oggi Anac), in particolare per quanto riguarda il tema della qualità, la delibera n.88/2010: “Linee guida per la definizione degli standard di qualità (articolo 1, comma 1, del decreto legislativo 20 dicembre 2009, n. 198)”, la Delibera n. 3/2012 Linee guida per il miglioramento degli strumenti per la qualità dei servizi pubblici (standard di qualità), le quali definiscono l'impostazione metodologica da seguire per la valutazione della performance organizzativa.

Tra il 2012 e il 2013 le norme in tema di anticorruzione e trasparenza riprendono, anche da altri punti di vista, il tema della qualità prevedendo, in particolar modo il decreto legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle “pubbliche amministrazioni”, l'obbligo di pubblicazione della Carta dei servizi contenente gli standard di qualità.

L'articolo 6 del decreto legge n. 80 del 9 giugno 2021, ha indicato nel **Piano integrato di attività e organizzazione** il documento unico di programmazione e governance che dal 30 giugno 2022 assorbe molti dei Piani che finora le amministrazioni pubbliche erano tenute a predisporre

annualmente: performance, fabbisogni del personale, parità di genere, lavoro agile, anticorruzione.

Gli Standard di qualità dei servizi sanitari dell'ASP

Di seguito si riporta l'elenco degli standard di qualità. Precisiamo che gli standard di qualità riguardano gli aspetti che di solito possono essere valutati dall'utente e pertanto vengono esclusi gli aspetti tecno-professionali relativi alla qualità delle prestazioni sanitarie.

Che cosa sono gli standard di qualità percepita.

Gli standard di qualità percepita sono obiettivi dichiarati dall'Azienda Sanitaria e costituiscono un impegno da rispettare nei confronti del cittadino sul tema della qualità del servizio sanitario.

Di seguito si riporta la tabella riepilogativa del set di indicatori e il monitoraggio degli standard, precisando che gli stessi riguardano le aree e gli aspetti ritenuti di maggiore rilevanza in ambito di qualità nell'offerta dei servizi ai cittadini, così come in appresso specificati (indicati con le percentuali e/o presenza/assenza (SI/NO) degli stessi:

- *Aspetti relazionali;*
- *Personalizzazione e Umanizzazione;*
- *Informazione e comunicazione;*
- *Tempi e accessibilità;*
- *Struttura e logistica;*
- *Aspetti burocratico amministrativi;*
- *Tutela, ascolto e verifica.*

La Gestione del Sistema Qualità – PDTA

Adozione dei PDTA quale atto propedeutico all'implementazione dei PDTA per l'anno 2025

consente di:

- definire e monitorare i livelli di qualità che vengono forniti a garanzia del cliente in ognuno dei processi/prodotti;
- comunicare e rendere visibili al cittadino i percorsi, i servizi e gli standard di garanzia della qualità;
- gestire i processi e le attività secondo criteri di efficienza organizzativa.

La Qualità, il Sistema Qualità, il Governo Clinico e l'Accreditamento Istituzionale rappresentano un solo processo finalizzato al miglioramento continuo e a ridefinire il sistema aziendale con una forte attenzione alla chiarezza, alle interazioni tra i vari attori coinvolti, alla definizione delle varie responsabilità professionali ed organizzative, ai bisogni del cittadino e alla definizione degli obiettivi che ogni professionista deve garantire al cittadino nell'organizzazione.

I PDTA si possono considerare strumenti di gestione clinico-organizzativa che definiscono la migliore sequenza di azioni clinico-assistenziali rivolte ai pazienti, messi a punto in accordo con i

principi del Miglioramento Continuo centrando l'attenzione sulla gestione per processi sulla base delle evidenze disponibili. Lo sviluppo, implementazione e valutazione di un PDTA è un processo continuo ben rappresentato nel ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act), dove la fase di pianificazione del Percorso diventa strategica.

Le esperienze disponibili anche dalla letteratura, pur adottando approcci diversi, ci suggeriscono che gli elementi fondamentali della pianificazione sono relativi al fatto che le migliori evidenze e i concetti di gestione per processi vanno adattati e applicati alle singole realtà e condivisi con tutti i soggetti coinvolti. Pertanto il PDTA deve nascere per rispondere a specifiche esigenze locali e coinvolgere tutte le professionalità che in quell'organizzazione e in quel contesto operano. Se manca questo consenso è difficile assicurarne l'applicazione.

Per migliorare la qualità di vita degli assistiti, anche nell'ottica di ridurre le riacutizzazioni di malattia ed i potenziali ricoveri, spesso non appropriati, si rende necessario monitorare il quadro clinico di questi assistiti e i "fattori" precipitanti potenzialmente prevedibili e prevenibili.

Fondamentale è quindi una gestione integrata territoriale ed ospedaliera che preveda, attraverso un team multidisciplinare e multi professionale, nel quale il MMG ha un ruolo centrale, l'individuazione di percorsi a seconda della fase della malattia e dei bisogni specifici della persona

La metodologia individuata permette di: 1. stimare il numero complessivo di pazienti affetti dalla patologia di interesse (prevalenza) 2. stimare il numero complessivo di nuovi pazienti presi in carico annualmente per la patologia di interesse (incidenza) 3. considerare il processo temporale delle prestazioni erogate (PDTA) ai pazienti prevalenti, o incidenti, anche in riferimento al livello assistenziale (prevenzione, territoriale, ospedaliera), ed individuare idonee misure (indicatori) dei PDTA 4. definire gli esiti di interesse per il SSN sperimentati dai pazienti prevalenti, o incidenti, ed individuare idonee misure (indicatori) di esito 5. stimare il consumo di risorse (in termini di tariffe ma anche di stima dei costi reali) dei PDTA 6. valutare l'efficacia pratica (effectiveness) e l'efficienza dei PDTA 7. confrontare PDTA osservati per lo stesso bisogno di salute/assistenza, in termini di efficacia, qualità ed efficienza 8. effettuare stime meta-analitiche e valutazioni a livello nazionale.

L'Azienda sanitaria di Potenza con DDG 211 del 24.03.2023 ha adottato i PDTA Diabete T2, Scompenso Cardiaco Cronico, B.P.C.O. e Doppia Diagnosi, con le azioni da mettere in campo per l'implementazione dei PDTA, vista la DGR n. 570/2019 di approvazione del Piano Attuativo Regionale per il governo delle liste di attesa relativamente al triennio 2019-2021, che prevede:

- la gestione di agende CUP per i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) mediante l'inserimento delle prestazioni afferenti a tali percorsi in liste di attesa distinte, distinguendo i posti assegnati alle diverse tipologie di accesso,
- la prenotazione su agende dedicate di prestazioni successive al primo accesso considerando il decorso della patologia ed evitando l'accesso inappropriato a prestazioni più complesse e non necessarie,
- i RAO per la prima visita di diabete;

Con la costruzione dei PDTA e la loro implementazione, in linea con le direttive regionali sono state individuate le seguenti azioni, prioritarie e necessarie da realizzare:

- agende CUP dedicate per le prime visite e visite di controllo per la B.P.C.O., scompenso cardiaco cronico e visita psichiatrica per doppia diagnosi c/o i CSM di Potenza e Villa d'Agri,
- agende CUP dedicate per le comorbidità/complicanze del Diabete T2, Scompenso Cardiaco Cronico e B.P.C.O.,
- Adozione RAO per la prima visita di diabete,
- condivisione della cartella informatizzata del paziente con doppia diagnosi tra Ser.D e CSM aziendali territorialmente competenti,
- ricezione immagini diagnostiche (Rx e TAC) effettuate nei servizi di radiologia degli ospedali AOR e dei POD aziendali c/o ambulatori territoriali di pneumologia dell'ASP.

Si è proceduto:

- ad individuare le fasi di ciascun percorso e i key interventions (descrizione e razionale di attività cliniche prioritarie), in esse contenuti,
- a predisporre la matrice organizzativa che prevede per ogni attività, il professionista responsabile, le modalità e i tempi di erogazione nei servizi territoriali dell'ASP e negli ospedali dell'AOR,
- la messa a punto del Feedback sulla performance dell'organizzazione con indicatori di processo e di esito, - la individuazione di modalità di comunicazione con il paziente, familiari e associazioni e la predisposizione di una brochure per ciascun PDTA anche al fine di favorire la diffusione dei percorsi.

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. E' 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 1^ 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
Sistema di valutazione: Regolamento aziendale per l'individuazione e la graduazione delle Posizioni Organizzative ed il conferimento, la valutazione e la revoca degli incarichi di Posizione Organizzativa	DDG n.784 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
Adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	DDG n. 247 del 31.03.2021	31.03.2021	31.03.2021
Sistema di valutazione: Approvazione regolamento aziendale per gli incarichi di funzione	DDG. n.680 del 04.11.2021	4.11.2021	4.11.2021
Piano triennale della performance 2021-2023 : adeguamento del piano e del documento delle direttive anno 2021 a seguito dell'adozione della dgr 287/2021.	DDG n.447 del 12/07/2021	12/07/2021	12/07/2021
Ciclo della performance 2022: budget operativo dei cdr aziendali. provvedimenti nelle more di approvazione del PIAO (piano integrato di attività e organizzazione).	DDG n.006 del 04.01.2022	04.01.2022	04.01.2022
Relazione annuale sulla Performance - anno 2020: Approvazione	DDG 2022/00163	04.03.2022	04.03.2022
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	28/03/2022	28/03/2022
Adozione del Piano Triennale della Performance 2022-2024. Annualità 2022.	DDG 2022/00296	28.04.2022	28.04.2022
Modifiche al Piano della Performance 2022, a seguito dell'approvazione della DGR n.272/2022 e approvazione del budget operativo aziendale (schede di budget UOC/UOSD 2022).	DDG 2022/00469	29.06.2022	29.06.2022
Oggetto: Adozione Piano Integrativo di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2022 -2024	DDG 2022/00470	29.06.2022	29.06.2022
Adozione Piano Integrativo di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2023 -2025 e provvedimenti conseguenti	DDG 2023/00065	07.02.2023	07.02.2023
Adeguamento Piao 2023/2025. Provvedimenti	DDG 2023/00232	31.03.2023	31.03.2023
Budget operativo 2023. Provvedimenti	2023/00638	14/09/2023	14/09/2023
Relazione annuale sulla Performance - anno 2022: Approvazione	DDG 2024/597	09/07/2024	09/07/2024
Budget operativo 2024. Gestione provvisoria 2024	DDG 979/2023	22/12/2023	22/12/2023
Adozione Piano Integrativo di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2024 -2026 e provvedimenti conseguenti	DDG 2024/815	18/09/2024	18/09/2024
Gestione provvisoria budget economico anno 2025	DDG N. 1126/2024	23/12/2024	23/12/2024

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 incrementali 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 programmatori, 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 nel Piano della Performance

Il Piano delle Azioni Positive (PAP) 2025-2027, è stato elaborato in aggiornamento al contenuto del PAP 2024/2026 adottato con DDG 71 del 31/01/2024, previo parere positivo della Consiglieria 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 sottobiettivi, le azioni da realizzare, i soggetti coinvolti, i tempi di realizzazione.

OBIETTIVO- Formazione e implementazione delle attività del C.U.G.	
AZIONI	1. Eventi formativi sul ruolo del C.U.G. effettuati anche di concerto con le Consigliere Regionale e Nazionale di Parità;
	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. mediante destinazione di un budget per le attività del Comitato.
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	2025-2027

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 nel corso del 2024 per la formazione del personale che opera in regime di lavoro agile (smart working);
	2. 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;
	3. Introduzione di percorsi formativi di diversity management miranti alla sensibilizzazione e al sostegno alla disabilità;
	4. Potenziamento e promozione del ricorso al lavoro agile quale strumento di conciliazione tempi di vita e di lavoro;
	5. 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;
	6. Facilitare l'inserimento di persone fragili nel contesto lavorativo ed accrescerne l'autostima e la fiducia nelle proprie capacità;
	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	2025-2027

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. Introduzione di percorsi formativi rivolti sia al personale femminile che a quello maschile, 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, attivare percorsi di autodifesa e gestione di episodi di aggressione, 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. Adozione nella scrittura e nelle comunicazioni, interne ed esterne, di un linguaggio rispettoso delle differenze di genere, in quanto le parole fanno le differenze, con lo scopo di rappresentarle tutte nel loro valore e nella loro importanza e dare peso e sostanza all'identità personale
Soggetti coinvolti	Direzione Generale, Direzione Strategica, CUG, UOC GRU, SPP, Medico Competente, UOC SIA, DSM e Ser.D.
Tempi di realizzazione	2025-2027

OBIETTIVO: Promozione del benessere organizzativo e prevenzione dello stress lavoro correlato	
AZIONI	1. Dopo l'esperienza del 2023, di somministrazione del questionario sul "Benessere lavorativo", che ha riscontrato una bassa percentuale di adesione da parte del personale, si prevede di riproporlo nel corso dell'anno 2025, a tal fine è stato predisposto un nuovo questionario con la supervisione e la collaborazione della Dirigente Sociologa ASP Dott.ssa Cervellino;
	2. Analisi dei dati raccolti e valutazione dei risultati del questionario sul benessere lavorativo, che saranno poi resi noti organizzando un evento divulgativo;
	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	2025-2027

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;

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
	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. Promuovere procedure selettive al fine di valorizzare le competenze e le capacità avendo cura di motivare congruamente scelte che non valorizzino il genere meno rappresentativo per rompere il c.d. tetto di cristallo.
Soggetti coinvolti	Direzione Generale, Direzione Strategica, CUG, UOC Gestione Risorse Umane; UOC Economico Finanziaria.
Tempi di realizzazione	2025-2027

Le attività formative descritte saranno attivate di concerto con le Consigliere Regionale e Nazionale di Parità e con il coinvolgimento e il supporto dell'UOSD Formazione ASP, e il sostegno del Comitato Unico di Garanzia, che fornirà il proprio contributo alla realizzazione delle azioni programmate.

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

Dalla Pianificazione Strategica alla Performance Organizzativa

Criteri e valori di riferimento per la definizione degli obiettivi

La necessità di individuare delle priorità tra i molteplici problemi e bisogni del contesto sociosanitario da una parte, e le risorse necessariamente limitate dall'altra, richiede la definizione di criteri e valori, largamente condivisi, sulla cui base orientare le scelte e che non vadano intesi come mera enunciazione di buoni propositi ma che si traducano in stili di comportamento e in modalità operative per il raggiungimento degli obiettivi fissati.

- Trasparenza e legalità, che devono permeare l'agire quotidiano di ciascun attore all'interno dell'organizzazione, contrastando con un approccio etico tutto ciò che pregiudica l'aspettativa dell'utente in termini di integrità e imparzialità;
- Accountability intesa qui come il dovere dell'Azienda di dar conto, sempre e comunque, del proprio operato ai cittadini;
- Sviluppo delle capacità professionali, puntando su percorsi formativi ed esperienziali capaci di innescare nel tempo processi di innovazione e miglioramento continuo delle prassi;
- Sviluppo delle abilità relazionali, onde facilitare la comunicazione con l'utente ed il confronto tra gli stessi operatori, consapevoli che non si può essere "attrattivi" se non si sa comunicare efficacemente, oltre che se non si offre un servizio di qualità;

- Contrasto dell'autoreferenzialità a tutti i livelli dell'organizzazione, per anteporre agli interessi particolari una visione sistemica dell'organizzazione aziendale che metta al centro gli interessi ed i bisogni di salute della persona e della comunità;
- Promozione del senso di appartenenza dei dipendenti all'Azienda, facendo leva sulla piena espressione delle potenzialità di cui è portatore ogni dipendente e sull'importanza di "fare sistema", anche imparando a leggere come l'operato di ciascun sottosistema e/o gruppo si interseca con l'operato degli altri sottosistemi per il raggiungimento degli obiettivi generali oltre che degli obiettivi specifici a ciascuna articolazione aziendale;
- Capacità di leadership e orientamento ai risultati, che si traduce nella capacità del Responsabile di CDR di creare chiarezza e unità d'intenti all'interno della propria struttura, di coinvolgere i propri collaboratori, di sviluppare condivisione e confronto continuo, e di monitorare costantemente il grado di conseguimento degli obiettivi assunti, anche segnalando con tempestività alla Direzione Strategica gli eventuali ostacoli che si frappongono al pieno raggiungimento dei risultati attesi;
- Gestione per processi, vale a dire la capacità di comprendere le diverse attività correnti come fasi interrelate di un processo, intervenendo in quei segmenti del processo stesso che presentino rischi e/o disfunzioni.

➤ 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.

La copia della scheda di budget, sottoscritta per condivisione dal personale assegnato alla struttura, sarà conservata agli atti per essere esibita su eventuale richiesta del valutatore di I^a o II^a istanza o del CdG.

I titolari di posizione e/o i titolari di coordinamento dovranno, comunicare al personale del comparto gli obiettivi di budget di struttura e far firmare, per presa visione, la scheda di budget negoziata.

Con la DDG 1126 del 23/12/2024 - Gestione provvisoria budget economico anno 2025, si conferma la validità delle schede di budget 2024, nelle more dell'approvazione dei nuovi obiettivi di Salute e programmazione economico-finanziaria per l'annualità 2025.

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 nel cruscotto aziendale (es. tasso di ospedalizzazione per i DRG medici LEA standardizzato per età e per sesso c/o ospedali non appartenenti all'ASP) 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.

Prospettive: La Valutazione Partecipativa

➤ Cosa è la valutazione partecipativa

La valutazione partecipativa è una forma di valutazione della performance che avviene nell'ambito di un rapporto di collaborazione tra amministrazione pubblica e cittadini, coinvolge non solo gli utenti esterni ma anche quelli interni e comprende diversi ambiti e strumenti. All'interno di tale rapporto, il processo può essere guidato prevalentemente dall'amministrazione (valutazione partecipativa) o dai cittadini (valutazione civica). Molti metodi di valutazione, anche sofisticati, non riconoscono agli stakeholders autonomia nella valutazione. Il punto di vista dei cittadini è considerato oggetto di indagine, ovvero uno dei tanti punti di vista da tenere in considerazione durante la valutazione. Nella valutazione partecipativa, invece, tale prospettiva si ribalta. Il cittadino e/o l'utente cessa di essere esclusivamente oggetto di indagine, diventando co-valutatore delle attività e dei servizi di cui beneficia, anche ai fini del miglioramento organizzativo. La valutazione partecipativa è svolta in collaborazione con i cittadini e/o gli utenti, mediante l'utilizzo di metodologie dichiarate e controllabili aventi anche lo scopo di ridurre l'asimmetria informativa, per la formulazione di giudizi motivati sull'operato dell'amministrazione. Sono

dunque i cittadini e/o gli utenti stessi, dotati di adeguati strumenti, a produrre informazioni rilevanti per la valutazione dei servizi. L'attività di valutazione partecipativa consente così di monitorare e verificare, ad esempio, il rispetto di determinati standard quanti-qualitativi previsti da impegni contrattuali o carte dei servizi o il grado di rispondenza di determinate attività e servizi alle attese dei cittadini e/o utenti. La valutazione partecipativa ha come principale finalità l'integrazione dell'azione amministrativa con il punto di vista dei cittadini e/o degli utenti. Le informazioni raccolte a valle del processo di partecipazione sono rilevanti ai fini della programmazione futura e utili al miglioramento delle attività e dei servizi erogati dall'amministrazione.

➤ Finalità e principi

La valutazione partecipativa mira a:

- ✓ migliorare la qualità delle attività e dei servizi pubblici, avvicinandoli ai reali bisogni dei cittadini grazie alle loro idee e suggerimenti;
- ✓ promuovere processi di innovazione amministrativa;
- ✓ mobilitare risorse e capitale sociale presenti sul territorio, attivando processi di cittadinanza attiva, responsabilizzando e motivando i cittadini;
- ✓ gestire e ridurre i conflitti, rafforzando la fiducia nelle istituzioni e contrastando il deficit di legittimità e consenso, anche attraverso il miglioramento della trasparenza e l'apertura verso l'esterno dell'operato dell'amministrazione pubblica;
- ✓ integrare la performance management nei processi decisionali, collegando realmente la valutazione alla pianificazione, migliorando l'uso delle informazioni di performance. È fondamentale identificare i principi più rilevanti che sono alla base della valutazione partecipativa:
 1. lavoro in collaborazione tra amministrazioni pubbliche e attori sociali, ovvero cittadini attivi e organizzazioni di promozione e di tutela dei diritti; per essere efficace, tale legame deve ispirarsi alla condivisione degli obiettivi di miglioramento che si vogliono perseguire, mettendo insieme diversi tipi di risorse;
 2. piena consapevolezza (sia da parte dell'amministrazione che dei cittadini) della necessità di superare l'autoreferenzialità nell'affrontare gli aspetti connessi alla qualità dei servizi e/o delle attività oggetto di valutazione;
 3. valutazione partecipativa quale strumento aperto a tutti coloro che intendono fornire il proprio apporto costruttivo e concreto senza secondi fini; il concetto alla base dell'apertura agli stakeholder è che il loro coinvolgimento possa spingere le amministrazioni pubbliche a migliorare le attività e i servizi erogati.

➤ Comunicazione del Piano della Performance

La comunicazione della Sottosezione Performance annualità 2025 segue le seguenti modalità:

- Avviso Consultazione preventiva per l'aggiornamento della Sezione Performance (PIAO 2024-2026 DDG n. 78/2024 e pubblicazione sul sito internet aziendale in data 10/01/2025 con scadenza 29/01/2025. 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 2025-2027, i contenuti del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'Azienda Sanitaria di Potenza, tenuto conto delle indicazioni fornite dall'Anac in occasione della recente adozione del PNA 2022 di cui alla delibera n. 7 del 17/01/2023, così come aggiornato dalla Delibera Anac n. 605 del 19 dicembre 2023 recante "Aggiornamento 2023 PNA 2022", nonché dal 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 RPC a seguito dell'adozione del PNA 2023 (nota prot. n. 27313 del 13/03/2023).

Struttura della presente sezione 2.3

La sezione si articola in tre parti:

- Parte Prima: nella quale sono illustrati l'oggetto e la finalità, gli attori coinvolti nella sua attuazione, gli obiettivi strategici per il triennio ed i raccordi con i principali documenti di programmazione strategico-gestionale dell'ASP;
- Parte Seconda: illustra il processo di gestione del rischio e le misure anticorruzione;
- Parte Terza: è dedicata alle azioni di prevenzione della corruzione per le aree di rischio di carattere generale e specifiche, queste ultime riportate dettagliatamente nell'allegato "Misure di gestione del rischio corruttivo di carattere specifico programmate per il triennio 2025-2027 – Responsabili – Tempistica e risultati attesi".

La "Relazione annuale ASP 2024", pubblicata sul sito aziendale nella sezione "Prevenzione della Corruzione", rendiconta le attività svolte e i risultati conseguiti nell'anno 2024.

- **Parte prima - Quadro generale**

Gli attori del sistema di prevenzione del rischio corruzione:

- Il responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza

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"*. 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".

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.

- **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.

Nel corso del 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.

▪ **Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)** collabora con la Direzione Strategica e con tutti gli altri soggetti istituzionali dell'Azienda affinché il complesso delle azioni e delle attività amministrative poste in essere siano improntate secondo il principio di legalità.

Essenzialmente, il RPCT è chiamato a predisporre l'impianto delle misure preordinate a prevenire eventuali fenomeni corruttivi all'interno dell'Azienda nonché, a monitorare il corretto ed appropriato funzionamento del predetto impianto, allo scopo di evitare ogni possibile situazioni di cattiva amministrazione.

Le attività riconducibili al ruolo del RPCT ed i poteri riconosciuti allo stesso dalla legge, afferiscono ai seguenti ambiti:

- vigilanza sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e in materia di trasparenza;
- attuazione della disciplina relativa al Whistleblowing;
- inconfiribilità e incompatibilità di incarichi.

Il RPCT sottopone annualmente in approvazione all'organo di indirizzo, la proposta contenutistica relativa alla sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, declinata in modo efficace rispetto alle specificità del contesto aziendale nell'ambito del quale dovrà essere attuata.

Pertanto, il RPCT:

- sovrintende all'attuazione, da parte di tutti i destinatari, delle misure di prevenzione del rischio contemplate dalla sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO;
- segnala all'organo di indirizzo e all'OIV le anomalie afferenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- segnala all'Ufficio di Disciplina i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

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 pubblicata sul portale istituzionale dell'Azienda.

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.

Il RPCT cura le istanze di accesso civico “semplice” e riceve e tratta le richieste di riesame afferenti all’accesso civico generalizzato, in ipotesi di diniego totale o parziale dell’accesso o di mancato riscontro da parte degli Uffici che stabilmente detengono le informazioni.

Il RPCT gestisce le segnalazioni in materia di Whistleblowing, in aderenza alle previsioni di cui al d.lgs. n. 24 del 10 marzo 2023.

Il RPCT ha compiti di vigilanza anche in ambito di *Pantouflage*, essendo chiamato a verificare la corretta realizzazione delle relative misure di prevenzione.

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 del Piano e sull’attuazione delle misure.

Pertanto, sono individuati **“Referenti”** per la prevenzione della corruzione dell’Azienda Sanitaria Locale di Potenza il **Funzionario** incardinato nell’ambito della U.O.S.D. “Prevenzione della Corruzione, Trasparenza e U.R.P.”, i **Direttori delle Strutture Complesse**, i **Direttori dei Presidi Ospedalieri e dei Distretti Sanitari** nonché, i **Direttori dei Dipartimenti**.

Ogni Referente, per l’attività di rispettiva competenza, è chiamato a collaborare con il RPCT, svolgendo un ruolo di raccordo fra il medesimo e le strutture dirette. Segnatamente, il Referente:

- coadiuva il RPCT nella mappatura dei processi della Struttura di afferenza;
- sovrintende alla corretta gestione dei beni e delle risorse strumentali in dotazione alla propria Struttura, nonché vigilare sul loro buon uso da parte del personale dipendente;
- vigila sulla tempestiva ed idonea attuazione/applicazione/rispetto del codice di comportamento, della misura della rotazione ordinaria o dell’obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi, nonché monitora l’appropriata realizzazione della misura circa il divieto di *Pantouflage* di cui all’art.53, co. 16-ter, d.lgs. n. 165/2001;
- individuare i dipendenti assegnati ai settori maggiormente a rischio da avviare a specifici percorsi formativi;
- fornisce riscontro al RPCT sullo stato di attuazione e sull’utilità delle misure di prevenzione della corruzione programmate nonché avanza proposta in ordine all’adozione di nuove misure da assumere;
- segnala al Responsabile gli eventuali fenomeni corruttivi riscontrati;
- garantisce l’osservanza degli obblighi in materia di trasparenza, favorendo la tempestività nella pubblicazione dei dati ed il miglioramento della qualità dei flussi informativi all’interno della propria struttura.

▪ **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:

- ✓ verifica la coerenza tra gli obiettivi di performance organizzativa e individuale e gli obiettivi di prevenzione della corruzione;
- ✓ valida in sede di valutazione dei risultati conseguiti nell'anno di riferimento, l'apporto dato dalle diverse UU.OO. assegnatarie di budget alla piena attuazione delle misure previste nel PTPC 2025- 2027.

Dalla lettura del D.lgs. n. 97/2016 si rileva l'intento di creare maggiore comunicazione tra le attività del RPCT e quelle dell'OIV, ciò al fine di sviluppare una sinergia tra gli obiettivi di performance organizzativa e l'attuazione delle misure di prevenzione. Vedasi art. 41, comma 1, lettera h) e lettera l) del suddetto decreto.

Inoltre:

- ✓ 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;
- ✓ 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;
- ✓ 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"*.
- ✓ riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- ✓ risponde all'ANAC in caso di richiesta di ulteriori informazioni sul controllo dell'esatto adempimento degli obblighi di trasparenza previsti dalla normativa vigente.

▪ **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. 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.

▪ **I Dirigenti**

Come disposto anche dalla legge n. 135 del 2012, ai dirigenti 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. Nello specifico, ai Dirigenti, compete:

- collaborare con il RPCT nella gestione del rischio corruttivo contribuendo all'individuazione e valutazione del rischio corruttivo;
- adottare le 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;
- assicurare obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano anticorruzione;
- l'individuazione dei dipendenti da indirizzare ai percorsi formativi ai fini della prevenzione della corruzione e della trasparenza e nel suggerire 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;
- vigilare sul rispetto del Codice di comportamento da parte dei dipendenti assegnati alla U.O. In tema di trasparenza, tutti i dirigenti responsabili degli uffici dell'Azienda sono tenuti a garantire il tempestivo e il regolare flusso delle informazioni da pubblicare e assicurano la regolare attuazione dell'accesso civico.

▪ **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:

- rispettare le prescrizioni contenute nel presente PTPCT, la cui violazione determina responsabilità disciplinare ed eventuale responsabilità penale, civile, amministrativa o contabile;
- prestare la sua collaborazione al RPCT;
- segnalare illeciti di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, nella consapevolezza della previsione da parte dell'Ordinamento di un'adequata 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.

Le Responsabilità

▪ **Responsabilità del RPCT**

A fronte dei compiti attribuiti, la legge 190/2021 prevede anche consistenti responsabilità in capo al RPC e al RT. In particolare, in caso di commissione di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il comma 12 dell'art. 1 prevede una più generale forma di responsabilità in capo al soggetto responsabile e, nello specifico, una responsabilità disciplinare, erariale e dirigenziale, salvo che quest'ultimo riesca a provare tutta una serie di circostanze in grado di escludere la sussistenza di tale responsabilità. A tal riguardo, infatti, la norma, al comma prima citato, prevede che *"In caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il responsabile della prevenzione della corruzione risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165, e successive modificazioni, nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi tutte le seguenti circostanze:*

- *di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il piano di cui al comma 5 e di aver osservato le prescrizioni di cui ai commi 9 e 10 del presente articolo;*
- *di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano."* Per ciò che concerne la sanzione disciplinare, il comma 13 della norma in esame, prevede che *"La sanzione disciplinare a carico del responsabile della prevenzione della corruzione non può essere inferiore alla sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da un minimo di un mese ad un massimo di sei mesi"*, ponendo, in questo modo, un limite sanzionatorio al di sopra del quale l'Amministrazione deve attenersi nell'applicazione della sanzione medesima. Infine, il comma 14 dell'art. 1 della Legge n. 190/2012, configura un altro caso di responsabilità dirigenziale, laddove egli ponga in essere *"ripetute violazioni delle misure di prevenzione"* nonché un tipo di responsabilità disciplinare in caso di *"omesso controllo"*, salvo che provi di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano.

▪ **Responsabilità dei dirigenti**

Ai sensi dell'art. 1, comma 33 della L. n. 190/2012 i dirigenti in caso di mancata o incompleta pubblicazione, da parte delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni di cui al comma 31 rispondono a titolo di responsabilità dirigenziale. La medesima responsabilità si configura in capo ai dirigenti di struttura individuati quali *"titolari del rischio"* in caso di omessa attuazione delle misure previste dal Piano, se non adeguatamente motivata.

▪ **Responsabilità del personale**

La violazione da parte dei dipendenti delle misure di prevenzione previste nel PTPCT è fonte di responsabilità disciplinare (L. 190/2012, art. 1, c. 14). Tale previsione è confermata all'art. 1, c. 44 della L. 190/2012 secondo cui la violazione dei doveri contenuti nel codice di comportamento, compresi quelli relativi all'attuazione del PTPCT, è fonte di responsabilità disciplinare. Tra queste, a titolo esemplificativo, rileva la partecipazione ai percorsi di formazione previsti dal RPC e dal RT che costituiscono misure di carattere obbligatorio. Responsabilità dei dipendenti ed obbligo di collaborazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione sono declinati anche nel Codice di Comportamento dei dipendenti dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza- ASP, in particolare si rimanda all'art. 8 "Prevenzione della corruzione" e all'art. 9 "*Trasparenza e tracciabilità*".

- Gli obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici del PTPCT 2025-2027, in continuità con il precedente Piano sono di seguito indicati:

- ✓ Formazione sul nuovo Codice di Comportamento adottato con DDG n. 660/2022;
- ✓ incrementare il livello di qualità della formazione in materia di legalità, trasparenza e anticorruzione. Al conseguimento di tali obiettivi concorrono tutti i dipendenti dell'ASP; adeguamento delle procedure operative in essere al D. Lgs. 24 del 10/03/2023, attuativo della Direttiva Whistleblowing.

- **Parte Seconda - La valutazione del rischio**

Le fasi dell'attività della gestione del rischio si articolano in:

- ✓ analisi del contesto finalizzata ad ottenere le informazioni necessarie a comprendere come il rischio corruttivo possa insinuarsi all'interno dell'amministrazione, tenuto conto della specificità dell'ambiente esterno in cui essa opera in termini di strutture territoriali e di dinamiche sociali, economiche e culturali e dei rapporti con gli stakeholder (contesto esterno), nonché delle caratteristiche organizzative interne in termini di strutture e di mappatura dei processi (contesto interno);
- ✓ mappatura dei processi costituisce lo strumento principale ai fini dell'identificazione delle attività dell'amministrazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi. La mappatura dei processi prende le mosse dalla loro necessaria identificazione, ossia dalla rilevazione e classificazione di tutte le attività interne al fine di effettuare una catalogazione, in macro-aggregati, delle aree di attività e dei processi ad esse sottese;
- ✓ valutazione del rischio è la fase del processo del rischio finalizzata ad individuare gli eventi rischiosi, l'analisi ed il confronto degli stessi al fine di definire le priorità di trattamento;
- ✓ trattamento del rischio, finalizzato ad individuare, a seguito delle precedenti fasi, le misure idonee a neutralizzarle o ridurlo.

▪ Il Contesto esterno di riferimento

Come fortemente raccomandato dall'ANAC nella determinazione n. 12/2015 di aggiornamento 2015 al PNA, il processo di gestione del rischio di corruzione deve tener conto dello specifico contesto interno ed esterno di ogni singola amministrazione.

L'analisi del contesto è il processo conoscitivo che l'Amministrazione pubblica deve realizzare al fine di "ottenere informazioni necessarie a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'amministrazione per via delle specificità dell'ambiente in cui opera in termini di strutture territoriali e di dinamiche sociali, economiche e culturali, o per via delle caratteristiche organizzative interne."

L'analisi del contesto esterno ha come duplice finalità quella di rappresentare come le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale l'Azienda si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi e, al tempo stesso, influire sulla valutazione del rischio corruttivo e il monitoraggio dell'idoneità delle misure di prevenzione.

Si tratta di una fase preliminare indispensabile, se opportunamente realizzata, in quanto consente a ciascuna amministrazione di definire la propria strategia di prevenzione del rischio corruttivo anche, e non solo, tenendo conto delle caratteristiche del territorio e dell'ambiente in cui opera.

In particolare, l'analisi del contesto esterno consiste nell'individuazione e descrizione delle caratteristiche culturali, sociali ed economiche del territorio o del settore specifico di intervento (ad esempio, cluster o comparto) nonché delle relazioni esistenti con gli stakeholder e di come queste ultime possano influire sull'attività dell'amministrazione, favorendo eventualmente il verificarsi di fenomeni corruttivi al suo interno.

In altri termini, 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. 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:

- l'acquisizione dei dati rilevanti;
- l'interpretazione degli stessi ai fini della rilevazione del rischio corruttivo.

La misurazione di fenomeni socioeconomici come il benessere o la corruzione costituisce un tema centrale nell'ottica del superamento dell'indicatore elementare unico.

Invero, il carattere multidimensionale di questi fenomeni implica la definizione di obiettivi intermedi il cui raggiungimento può essere osservato e misurato dai singoli indicatori.

Pertanto, la combinazione matematica di un insieme di indicatori che rappresentano le diverse dimensioni di un fenomeno da misurare è definita **indicatore o indice “composito”**.

La costruzione di siffatta tipologia di indici sottende un lavoro complesso e delicato, preordinato a verificare la disponibilità dei dati (nello spazio e nel tempo), la selezione degli indicatori più rappresentativi e il loro trattamento per confrontarli e aggregarli.

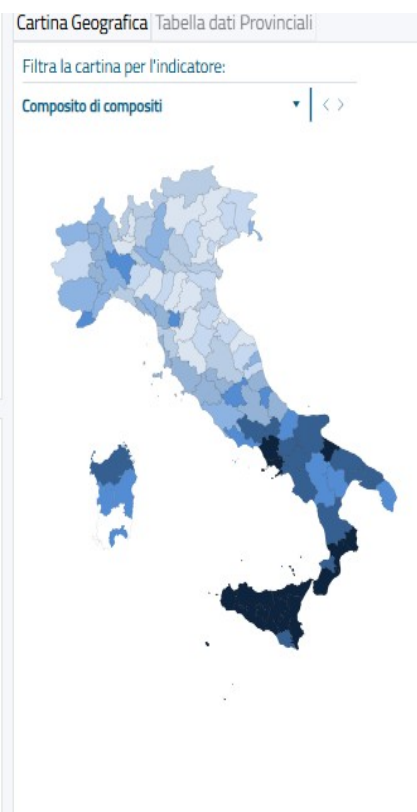
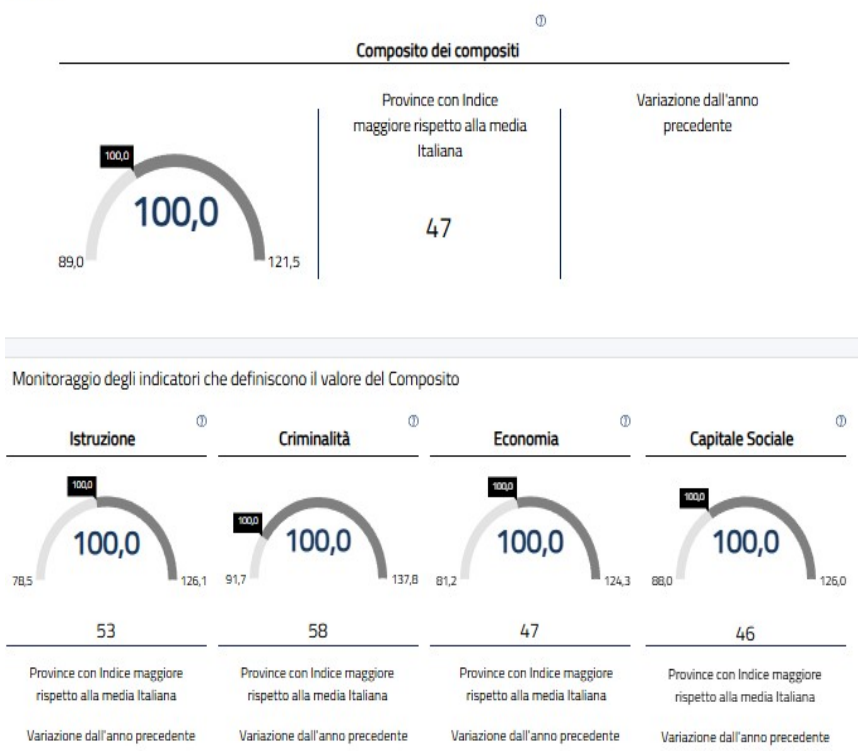
Già da qualche anno l'ANAC sta coordinando il progetto “**Misurare il rischio di corruzione a livello territoriale e promuovere la trasparenza**”, nell'ambito del quale l'Autorità sta operando per integrare quante più fonti di dati possibili, utili alla progettazione di metodologie per il calcolo degli indicatori, coinvolgendo quanti più attori istituzionali, accademici, di ricerca, ONG per la produzione e l'utilizzo di dati e indicatori.

I risultati del progetto sono organizzati in uno specifico portale web (<https://www.anticorruzione.it/indicatori-di-contesto>), con dati, informazioni, bibliografie, infografiche, materiali multimediali legati al tema della misurazione del rischio. Il cuore del portale è la sezione con *dashboard* per il rilascio dei *dataset* e degli indicatori di rischio.

Il Cruscotto di contesto elaborato dall'ANAC prende in considerazione diciotto indicatori elementari raccolti in quattro domini tematici: **criminalità, istruzione, economia e territorio**.

Gli indici composti per ciascun dominio, che sintetizzano il rischio di corruzione a livello provinciale, possono variare da **70 a 130**, e nell'anno base 2014 valgono **100 per l'Italia** nel suo insieme.

Italia

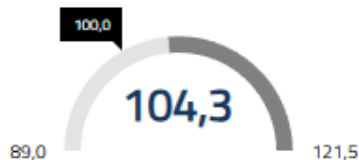


Indicatore composito dei compositi (Fonte Cruscotto Contesto ANAC)

Potenza



Composito dei compositi



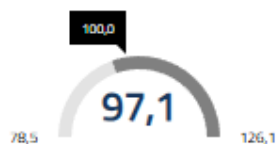
E' il valore massimo in Italia per questo Indicatore

121

Variazione dall'anno precedente

Monitoraggio degli indicatori che definiscono il valore del Composito

Istruzione

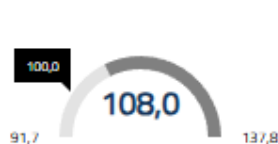


126

E' il valore massimo in Italia per questo Indicatore

Variazione dall'anno precedente

Criminalità

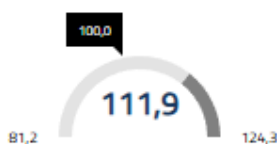


138

E' il valore massimo in Italia per questo Indicatore

Variazione dall'anno precedente

Economia

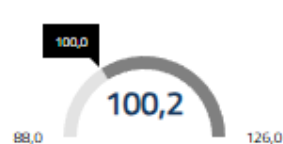


124

E' il valore massimo in Italia per questo Indicatore

Variazione dall'anno precedente

Capitale Sociale



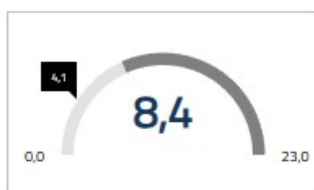
126

E' il valore massimo in Italia per questo Indicatore

Variazione dall'anno precedente

Indicatori di criminalità Provincia di Potenza (Fonte Cruscotto Contesto ANAC)

Reati di corruzione, concussione e peculato 2017



Il Valore massimo in Italia di questo Indicatore è:

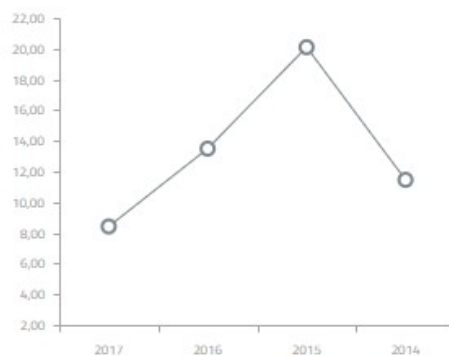
23

Variazione dall'anno precedente

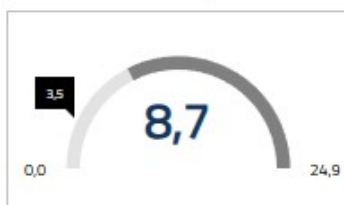
-37,59 %



Reati di corruzione, concussione e peculato



Reati contro l'ordine pubblico e ambientali 2017



Il Valore massimo in Italia di questo Indicatore è:

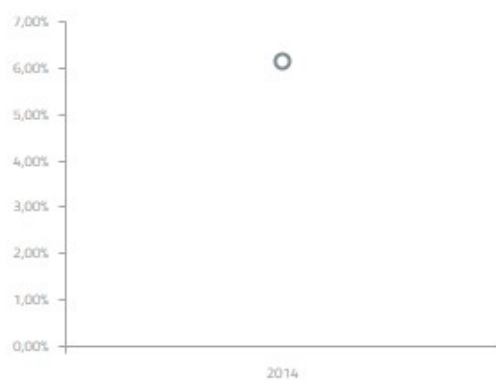
25

Variazione dall'anno precedente

+ 101,32 %



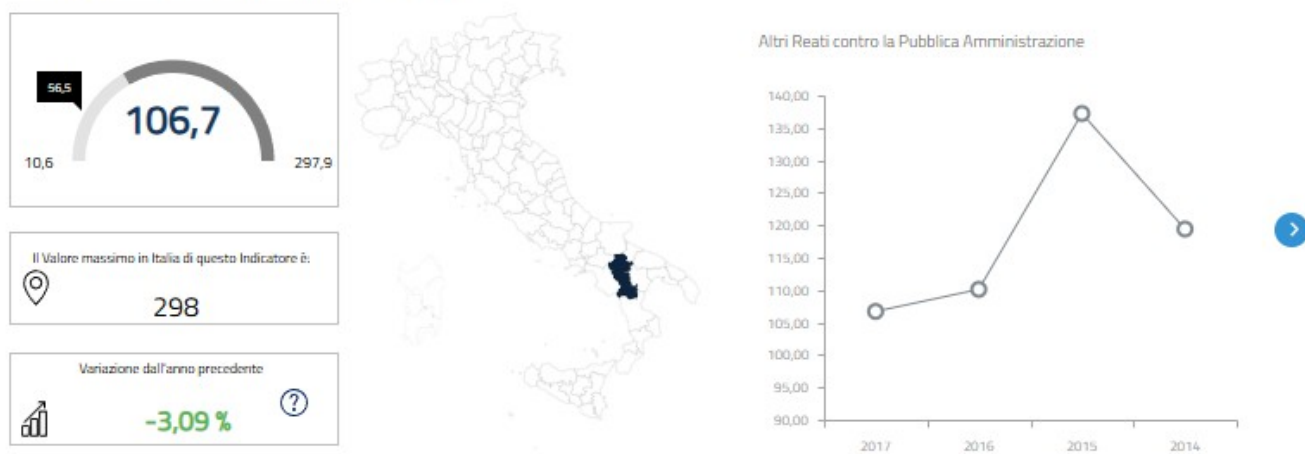
Reati contro l'ordine pubblico e ambientali



Reati contro il patrimonio e l'economia pubblica 2017



Altri Reati contro la Pubblica Amministrazione 2017




il 6 giugno 2024 l'Istat ha pubblicato il report *“La corruzione in Italia. Anno 2022-2023”*, mediante il quale il predetto Istituto ha analizzato otto settori chiave (sanità, assistenza, istruzione, lavoro, uffici pubblici, giustizia, forze dell'ordine, *public utilities*), rilevando il **numero di famiglie (cittadini tra 18 e 80 anni) coinvolte in dinamiche corruttive** – chiedendo agli intervistati se a loro stessi o a un familiare convivente sia stato suggerito o richiesto di pagare, fare regali o favori in cambio di facilitazioni per avere un servizio o un'agevolazione – ovvero a conoscenza indiretta di casi di corruzione (chiedendo se fatti simili siano accaduti nel proprio ambiente ad amici, colleghi e familiari).

Raffrontando i dati relativi al triennio 2020-2023 con gli anni 2013-2016 (oggetto della precedente indagine) è possibile evidenziare una importante **diminuzione del fenomeno** con un passaggio dal **2,7%** delle famiglie che hanno subito almeno una richiesta di denaro, regali o altro, all'**1,3%** per l'ultimo triennio considerato gli ultimi tre anni.

Identicamente, la Direzione centrale della Polizia Criminale, presso il Dipartimento della Pubblica Sicurezza ha pubblicato a maggio del 2024 una dettagliata **ricerca in merito ai delitti legati al fenomeno corruttivo, ricompresi tra i delitti contro la Pubblica Amministrazione**, previsti dal titolo II del libro II del Codice penale e riguardano gli illeciti che incidono negativamente sulle attività dello Stato e degli Enti pubblici.

L’analisi condotta dal Dipartimento della Pubblica Sicurezza ha osservato l’evoluzione dei fenomeni delittuosi a livello nazionale per periodo di tempo piuttosto ampio, dal 2004 al 2023, accorpondo le fattispecie in quattro macro-categorie:



Delitti contro la Pubblica Amministrazione commessi in Italia dal 2004 al 2023.

(Dati consolidati di fonte SDI/SSD)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Var. % 2004-2023
Concussione (artt. 317 e 319 quater c.p.)	138	115	86	130	145	140	146	130	168	161	144	109	119	104	84	88	97	67	74	61	-55,8%
Reati corruttivi (artt. 318, 319, 319 ter, 320, 321, 322 e 346 bis c.p.)	414	359	361	386	463	460	382	430	433	402	350	468	412	444	328	388	327	282	296	205	-50,5%
Peculato e peculato mediante profitto dell'errore altrui (artt. 314 e 316 c.p.)	291	290	258	292	296	371	436	377	500	466	429	378	388	377	356	468	278	297	254	274	-5,8%
Abuso d'ufficio (art. 323 c.p.)	1.016	1.051	935	1.097	1.168	1.099	1.193	1.196	1.259	1.144	1.254	1.179	1.177	1.106	1.063	1.009	1.365	1.157	966	658	-35,2%

I suddetti dati evidenziano una significativa **riduzione dei delitti contro la Pubblica Amministrazione**, nel periodo ricompreso tra il 2004 ed il 2023.

Purtuttavia, occorre tenere ben presente che, a livello territoriale, in base ai dati del Dipartimento della Pubblica Sicurezza, la Basilicata presenta segnatamente **una notevole concentrazione dei predetti eventi delittuosi, superiore alla media nazionale**.

Indice di criminalità

In ultimo è opportuno prendere atto che, secondo l’elaborazione effettuata a settembre 2024 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**:

INDICE DELLA CRIMINALITÀ

Totale delitti denunciati nel 2023, ogni 100mila abitanti e incidenza (%) del comune capoluogo

RANK	PROVINCE	DENUNCE 2023	OGNI 100MILA ABITANTI	% CAPOLUOGO
1.	N Milano	230.394	7.093,9	63
2.	C Roma	256.832	6.071,3	80
3.	C Firenze	59.953	6.053,8	64
4.	N Rimini	20.418	6.002,8	61
5.	N Torino	125.263	5.685,1	59
6.	N Bologna	56.409	5.539,3	58
7.	C Prato	12.756	4.887,9	83
8.	N Imperia	10.105	4.838,5	20
9.	N Venezia	40.287	4.825,1	54
10.	C Livorno	15.464	4.743,9	55
11.	N Genova	37.632	4.604,7	81
12.	S Napoli	135.805	4.576,0	44
13.	N Parma	20.076	4.416,8	62
14.	N Savona	11.542	4.313,4	29
15.	N Trieste	9.634	4.207,9	87
16.	N Modena	29.693	4.200,0	44
17.	N Ferrara	13.981	4.115,1	56
18.	C Pisa	16.978	4.060,8	41
19.	N Pavia	21.708	4.025,7	24
20.	N Ravenna	15.534	4.011,1	47
21.	S Palermo	48.065	4.010,1	72
22.	N Verona	36.259	3.910,5	46
23.	S Foggia	23.009	3.880,7	30
24.	S Catania	41.258	3.852,1	50
25.	S Siracusa	14.653	3.819,8	37
26.	C Grosseto	8.186	3.784,7	42
27.	C Lucca	14.152	3.708,0	23
28.	N Piacenza	10.490	3.669,9	54
29.	N La Spezia	7.883	3.663,8	52
30.	N Alessandria	14.900	3.662,5	28
31.	N Varese	32.249	3.660,5	13
32.	N Forlì-Cesena	14.102	3.587,7	34
33.	C Latina	20.125	3.552,6	32
34.	N Brescia	44.688	3.540,3	27
35.	N Reggio E.	18.703	3.533,8	47
36.	S Pescara	11.032	3.531,6	57
37.	N Novara	12.670	3.480,3	41
38.	C Perugia	22.074	3.459,2	38
39.	S Barletta A. T.	12.865	3.403,7	60
40.	N Padova	31.629	3.395,6	43
41.	S Catanzaro	11.550	3.390,7	36
42.	C Massa C.	6.322	3.379,6	41
43.	S Bari	41.252	3.376,4	37
44.	N Bergamo	37.420	3.367,4	22
45.	S Caserta	30.437	3.359,2	12
46.	S Trapani	13.849	3.353,5	22
47.	C Pistoia	9.445	3.256,4	37
48.	S Teramo	9.724	3.250,5	18
49.	S Salerno	34.353	3.247,5	21
50.	C Terni	6.990	3.232,4	66
51.	N Monza B.	28.342	3.229,2	20
52.	C Arezzo	10.439	3.127,9	39
53.	N Lodi	7.143	3.110,7	28

54.	N Bolzano	16.693	3.109,0	46
55.	S Ragusa	9.887	3.096,8	24
56.	N Rovigo	7.033	3.092,1	33
57.	S Caltanissetta	7.631	3.090,0	33
58.	C Fermo	5.172	3.085,4	24
59.	N Vicenza	26.162	3.061,4	28
60.	N Biella	5.153	3.054,4	52
61.	S Vibo V.	4.572	3.036,6	29
62.	N Cremona	10.693	3.024,6	37
63.	C Rieti	4.535	3.016,9	36
64.	N Como	18.048	3.015,0	26
65.	N Asti	6.256	3.010,8	59
66.	S Sassari	14.691	3.000,4	29
67.	N Aosta	3.685	2.995,5	38
68.	C Viterbo	9.222	2.992,3	32
69.	N Lecco	9.956	2.984,6	24
70.	N Gorizia	4.098	2.960,3	28
71.	S Brindisi	10.994	2.915,7	30
72.	C Ascoli Piceno	5.855	2.913,1	30
73.	N Mantova	11.856	2.912,7	24
74.	S Isernia	2.303	2.901,1	43
75.	S Campobasso	6.048	2.879,6	30
76.	S Crotone	4.636	2.866,5	42
77.	N Vercelli	4.747	2.862,7	41
78.	S Lecce	21.937	2.858,8	25
79.	C Siena	7.428	2.850,1	29
80.	S Reggio C.	14.322	2.780,7	45
81.	S Messina	16.624	2.779,2	42
82.	N Udine	14.171	2.739,6	35
83.	N Verbano C. O.	4.205	2.733,3	32
84.	S Taranto	14.980	2.708,0	45
85.	S Avellino	10.677	2.689,4	24
86.	S Nuoro	5.524	2.670,6	18
87.	C Frosinone	12.386	2.663,7	22
88.	N Trento	14.410	2.643,1	33
89.	C Ancona	12.153	2.630,7	30
90.	S Chieti	9.750	2.626,6	20
91.	S Matera	4.920	2.587,7	40
92.	C Pesaro U.	9.029	2.577,2	34
93.	S Agrigento	10.541	2.569,0	22
94.	S Cagliari	19.957	2.565,4	36
95.	S Cosenza	17.158	2.560,3	16
96.	S L'Aquila	7.058	2.457,2	31
97.	C Macerata	7.395	2.436,5	17
98.	N Belluno	4.801	2.427,6	27
99.	N Cuneo	14.132	2.427,4	18
100.	S Enna	3.631	2.364,1	18
101.	N Sondrio	4.197	2.345,4	24
102.	N Pordenone	7.285	2.341,3	29
103.	S Benevento	5.998	2.294,3	38
104.	N Treviso	19.840	2.258,3	18
105.	S Potenza	6.645	1.934,5	23
106.	S Oristano	2.358	1.510,8	34

- La Mappatura dei processi

Per realizzare efficacemente la gestione del rischio corruttivo, la mappatura dei processi, consistente nella individuazione e analisi dei processi organizzativi, è il presupposto per l'adozione delle misure di prevenzione della corruzione.

Per il triennio 2025/2027 si è ripreso il processo di mappatura effettuato nella fase istruttoria prodromica all'adozione del PTPCT 2024/2026. In considerazione dei risultati delle verifiche effettuate dal RPCT in sede di monitoraggio e controllo, sulle misure generiche e specifiche previste per l'annualità 2024, 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.

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. "Misure di gestione del rischio corruttivo di carattere specifico programmate per il triennio 2025-2027 – 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 2025.

- **Parte Terza – Le misure di prevenzione della corruzione**
 - Misure di carattere generale (triennio 2025-2027)

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.

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 ha avviato nel corso del 2024 ha avviato l'aggiornamento del Codice di comportamento approvato dall'ASP nel 2022 con DDG n. 660
ATTIVITÀ PROGRAMMATE NEL TRIENNIO 2025-2027	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 piano
INDICATORI DI MONITORAGGIO	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) N. SEGNALAZIONI RELATIVE ALLA VIOLAZIONE DEL CODICE CHE HANNO DATO LUOGO A PROCEDIMENTO DISCIPLINARE

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

MISURA	CONFLITTO DI INTERESSE
RIFERIMENTI NORMATIVI	Legge 190/2012, PNA Sanità 2016, Art. 6 bis della Legge 241/90, DPR 62/2013, linee guida Anac 15 del 2019, Delibera Anac 25/2020
ATTIVITÀ PROGRAMMATE NEL TRIENNIO 2025-2027	Compilazione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse da parte del Responsabile della struttura assegnataria di budget. La verifica di eventuale sussistenza di conflitto di interesse per il personale assegnato a ciascuna struttura è rimessa al Responsabile della Struttura a cui è assegnato il dipendente ed è riferibile anche ai singoli procedimenti, fermo restando il supporto del RPCT.
TIPOLOGIA DELLA MISURA	Misure di disciplina del conflitto di interessi
RESPONSABILI	Referenti RPCT / Dirigenti di struttura
TEMPI DI ATTUAZIONE	Triennio di vigenza del piano
INDICATORI DI MONITORAGGIO	Valutazione delle eventuali dichiarazioni di sussistenza del conflitto e adozione delle opportune misure.

Inconferibilità ed incompatibilità (ex art. art.20 d.lgs. 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	<p>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.</p> <p>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).</p> <p>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.</p>
ATTIVITÀ PROGRAMMATE NEL TRIENNIO 2025-2027	<p>In materia di inconferibilità: preventiva acquisizione delle dichiarazioni di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità 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, e delle dichiarazioni di insussistenza delle cause di inconferibilità e incompatibilità ai sensi dell'Art. 20 del D.Lgs. 39/2013, secondo le modalità sopra dichiarate.</p> <p>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.</p>
TIPOLOGIA DELLA MISURA	Controllo e Trasparenza
RESPONSABILI	Tutti i Dirigenti affidatari di incarico, Ufficio del Personale, RPCT, Referenti RPCT
TEMPI DI ATTUAZIONE	Per incompatibilità: all'atto della trasmissione delle dichiarazioni rese dai Dirigenti. Per inconferibilità: all'atto del conferimento di incarico
INDICATORI DI MONITORAGGIO	Acquisizione e valutazione delle dichiarazioni rese e controllo delle stesse.

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 2025-2027	Acquisizione della dichiarazione dell'assenza di precedenti penali all'atto della formazione di commissioni di concorso; acquisizione della dichiarazione dell'assenza di precedenti penali all'atto della formazione 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
INDICATORI DI MONITORAGGIO	n. dichiarazioni acquisite / n. componenti commissioni costituite = 100%

Incarichi extraistituzionali

MISURA	INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI
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 abitualità. 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 2025-2027	Aggiornamento del Regolamento in materia
TIPOLOGIA DELLA MISURA	Regolamentazione
RESPONSABILI	Ufficio Del Personale
TEMPI DI ATTUAZIONE	Nel triennio di vigenza del Piano
INDICATORI DI MONITORAGGIO	Adozione Regolamento Vers.1

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. Trattasi di un divieto finalizzato a scoraggiare comportamenti impropri del dipendente, il quale, durante il periodo di servizio, potrebbe precostituirsi situazioni lavorative vantaggiose con soggetti esterni alla PA, con cui è venuto in contatto in relazione al rapporto di lavoro. Specularmente, il divieto è anche volto a ridurre il rischio che il soggetto privato, dal canto suo, possa esercitare pressioni o condizionamenti, prospettando al dipendente pubblico una opportunità di assunzione di incarichi, una volta cessato il servizio. Il PNA 2022 e successivo "Aggiornamento 2023 PNA 2022", in esito alla ricognizione delle indicazioni già fornite da ANAC nel PNA 2019, e alla luce dell'esperienza maturata dall'Autorità nell'ambito della propria attività consultiva, ha inteso suggerire alle amministrazioni/enti e ai RPCT alcune misure di prevenzione, specificando l'ambito di applicazione rispetto al PNA 2019. Gli aspetti sostanziali, fatta eccezione di quelli strettamente connessi alla definizione di suddette misure inserite nel PNA, saranno oggetto di successive Linee Guida e/o atti che l'Autorità intenderà adottare. 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 D. 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 2025-2027	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

Misura	INCOMPATIBILITA' SUCCESSIVA
RESPONSABILI	Ufficio Del Personale / U.O.C. Attività Tecniche / U.O.C. Provveditorato Economato
TEMPI DI ATTUAZIONE	Come sopra indicato (all'atto della cessazione del servizio etc.)
INDICATORI DI MONITORAGGIO	n. dichiarazioni sottoscritte / n. dipendenti cessati per trattamento di quiescenza = 100% nei bandi di gara e/o incarichi sottoscritti / n. dichiarazioni inserite nei bandi di gara e/o incarichi

Patti di integrità

MISURA	PATTI DI INTEGRITÀ
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 2025-2027	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 piano
INDICATORI DI MONITORAGGIO	n. patti sottoscritti/n. contratti=100%

Rotazione del personale (rotazione ordinaria)

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	<i>"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".</i> Dall'esame del quadro normativo, è evidente che la misura della rotazione del personale addetto alle aree ritenute a rischio è una misura che tende ad evitare il consolidamento di posizioni di "privilegio" nella gestione diretta di alcune attività legate alla circostanza che il medesimo dipendente prenda in carico personalmente per lungo tempo lo stesso tipo di procedura e si interfacci sempre con lo stesso utente. Per poter procedere ad un'adeguata rotazione del personale, occorrerà sempre tener conto delle specifiche professionalità esistenti nell'ambito delle diverse articolazioni di cui si compone l'ASP, oltre che della preminente esigenza di assicurare la continuità dell'azione amministrativa. In particolare, bisognerà verificare l'esistenza o meno di figure cd "infungibili", l'organizzazione dei diversi servizi e/o strutture aziendali e valutare la difficoltà od impossibilità di applicazione concreta di tale misura, secondo quanto stabilito nelle Linee Guida della Conferenza Unificata Stato/Regioni, del 24 luglio 2013 che dispone: "ove le condizioni organizzative degli enti non consentano l'applicazione della misura, l'ente ne deve dare conto nel piano anticorruzione con adeguata motivazione".
ATTIVITÀ PROGRAMMATE NEL TRIENNIO 2025-2027	In un'ottica di gradualità nella implementazione della misura della rotazione, si prevede che i Direttori delle UU.OO. Gestione del Personale, Provveditorato Economato, Attività tecniche, Cure Primarie, Gestione Strutture Private Accreditate e Convenzionate, il Dipartimento Sanità e Benessere Animale ed il Dipartimento Salute Umana, entro il 30 settembre 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 RPTC 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	Gestione del Personale, Provveditorato Economato, Attività tecniche, Cure Primarie, Gestione Strutture Private Accreditate e Convenzionate, il Dipartimento Sanità e Benessere Animale ed il Dipartimento Salute Umana
TEMPI DI ATTUAZIONE	30 settembre e 31 dicembre di ogni anno di vigenza del Piano
INDICATORI DI MONITORAGGIO	<ul style="list-style-type: none"> Piano Di Rotazione Relazione Sull'attuazione Della Misura

Rotazione del personale (rotazione straordinaria)

MISURA	ROTAZIONE STRAORDINARIA DEL PERSONALE
DESCRIZIONE DELLA	L'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del d. lgs. n. 165 del 2001 dispone che i dirigenti degli uffici dirigenziali

MISURA	ROTAZIONE STRAORDINARIA DEL PERSONALE
MISURA	<p><i>“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”.</i> a 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:</p> <p>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;</p> <p>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.</p> <p>L’Anac, con la delibera 345/2020, ha fornito chiarimenti sugli organi competenti all’adozione del provvedimento motivato di rotazione straordinaria.</p>
ATTIVITÀ PROGRAMMATE NEL TRIENNIO 2025-2027	Provvedimento motivato di rotazione straordinaria nelle ipotesi di reati presupposto
TIPOLOGIA DELLA MISURA	Rotazione del personale
RESPONSABILI	UOC Gestione Del Personale, Direzione Strategica
INDICATORI DI MONITORAGGIO	Relazione sulla attuazione della misura

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 assume una veste continuativa e pianificata in raccordo con il Piano Annuale di Formazione. Il personale operante nelle articolazioni aziendali che presentano un grado di esposizione al rischio di corruzione di livello rilevante e critico, parteciperà annualmente ad un programma formativo sui temi dell’etica, della legalità, della responsabilità nei procedimenti amministrativi, delle norme penali in materia di reati contro la pubblica amministrazione, e sulla normativa volta alla prevenzione e al contrasto della corruzione in materia di appalti, programma formativo da attuare entro il 30 novembre di ogni anno. La selezione del personale che dovrà partecipare in via obbligatoria a tale percorso formativo e che, con cadenza annuale, sarà coinvolto anche per i successivi anni nei programmi di formazione in materia, 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 2025-2027	Realizzazione di percorsi formativi al personale operante alle aree a rischio e alle altre figure a vario titolo coinvolte nel processo di prevenzione. Per l’anno 2025 la formazione sarà dedicata, ove possibile, all’approfondimento delle tematiche relative alla Trasparenza amministrativa, accesso civico semplice e generalizzato (cd. FOIA)
TIPOLOGIA DELLA MISURA	Formazione
RESPONSABILI	RPCT E Responsabili delle articolazioni aziendali interessate
TEMPI DI ATTUAZIONE	30 novembre 2025
INDICATORI DI MONITORAGGIO	Invito alla partecipazione agli eventi formativi programmati

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

MISURA	TUTELA DEL WHISTEBLOWING
	venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro. Si tratta della introduzione di una misura di tutela, già in uso in altri ordinamenti, del soggetto che segnala finalizzata a consentire l'emersione di fattispecie di illecito. 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. Le misure di tutela già previste dal legislatore sono state ulteriormente rafforzate con la Legge 30 novembre n. 179 "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto pubblico o privato". Come rappresentato nel PNA, la norma della tutela dell'anonimato è volta ad evitare che il dipendente ometta di effettuare segnalazioni di illecito per il timore di subire conseguenze pregiudizievoli e, sicuramente, non è sinonimo di accettazione di segnalazione anonima.
ATTIVITÀ PROGRAMMATE NEL TRIENNIO 2025-2027	Aggiornamento normativo del Regolamento e sensibilizzazione del personale dipendente in ordine alle tematiche dell'etica e della legalità (obbligo normativo di cui al PIAO)
TIPOLOGIA DELLA MISURA	Segnalazione e protezione
RESPONSABILI	RPCT / Referenti RPCT
TEMPI DI ATTUAZIONE	Al verificarsi della segnalazione
INDICATORI DI MONITORAGGIO	Relazione Annuale Sul Monitoraggio Della Misura

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	<i>"Le amministrazioni provvedono altresì 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".</i>
ATTIVITÀ PROGRAMMATE NEL TRIENNIO 2025-2027	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. A seguito dell'abrogazione dell'art. 24 del D. lgs 33/13 ad opera dell'art. 43 del D. lgs 97/16, è stato soppresso l'adempimento relativo alla pubblicazione dei risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali, ciò nonostante, esso costituisce atto interno al fine di comprendere le eventuali anomalie procedurali, apportando le dovute contromisure. 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. Con cadenza semestrale il RPC trasmette al Responsabile per la Trasparenza le tabelle ricevute dalle UU.OO. recanti la descrizione della tipologia dei procedimenti di competenza (con l'indicazione anche del responsabile del procedimento e dei suoi numeri telefonici di contatto), tanto al fine di darne pubblicazione 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 PTPCT
INDICATORI DI MONITORAGGIO	L'attuazione Della Misura Sarà Rendicontata Nella Relazione annuale

- Misure di carattere specifico previste per il triennio 2025-2027

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 ed infine sono riportate nell'allegato "Misure di gestione del rischio corruttivo programmate per il triennio 2025-2027 – Responsabili – Tempistica e risultati attesi"

- Programmazione dell'attuazione della Trasparenza

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), 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. Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), è stato originariamente "concepito" con finalità di piena attuazione della trasparenza afferente ai risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché a raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'ANAC con il Piano nazionale anticorruzione.

Con il PIAO vengono ridefiniti gli strumenti di pianificazione integrando tra loro le differenti azioni "in un'ottica di semplificazione e futura integrazione, le amministrazioni tenute alla adozione del PIAO che non abbiano ancora approvato il Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022/2024, potranno deliberare la proroga della durata del PTPCT 2021/2023 qualora ritengano le previsioni ivi contenute ancora attuali ed efficaci, anche tenuto conto dell'eventuale impegno in progetti legati all'attuazione del PNRR. Fermo restando che, anche al fine di adeguare la programmazione della prevenzione della corruzione e della trasparenza agli altri piani destinati a confluire nel PIAO, le amministrazioni potranno procedere a tali adattamenti anche quando saranno predisposti i piani ulteriori che confluiranno nel PIAO" (Comunicato del Presidente ANAC del 2 maggio 2022).

Nel PIAO le scadenze in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione continuano ad essere coerenti con il sistema degli obblighi di trasparenza previsti da ANAC i quali, oltre a facilitare la diffusione delle informazioni, consentendo all'organizzazione di attivare azioni di monitoraggio e di miglioramento continuo della qualità dei processi organizzativi.

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

La promozione dei massimi livelli di trasparenza nello svolgimento delle attività sanitarie ed amministrative, rappresenta uno degli obiettivi strategici che l'Azienda Sanitaria intende perseguire nel triennio 2025 - 2027. Sono stati individuati gli obiettivi aziendali di trasparenza, (vedi allegato) necessari a garantire l'accesso alle informazioni e le fasi di individuazione /elaborazione/ aggiornamento/ trasmissione/ pubblicazione dei dati per il periodo 2025 - 2027.

Gli obblighi di pubblicazione, sono riportati nell'allegato dove vengono indicate le specifiche sezioni e i responsabili della pubblicazione dei dati. 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:

- ✓ *integrità;*
- ✓ *costante aggiornamento;*
- ✓ *completezza;*
- ✓ *tempestività;*
- ✓ *semplicità di consultazione*
- ✓ *comprensibilità;*
- ✓ *omogeneità;*
- ✓ *accessibilità;*
- ✓ *conformità ai documenti originali;*
- ✓ *esposizione in tabelle dei dati oggetto di pubblicazione;*
- ✓ *indicazione della data di aggiornamento del dato, documento e informazione;*
- ✓ *pubblicazione dei dati in formato aperto (vedi delibera ANAC n. 50/2013).*

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, migliorando la comunicazione soprattutto delle strategie aziendali, 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 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. Questa azione è stata portata avanti mediante confronti quotidiani con gli stakeholder esterni/interni sui temi del Piano. 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.*

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/>).

▪ L'integrazione tra la trasparenza e il Ciclo della Performance

La sottosezione "Performance", predisposta in base a quanto stabilito dal decreto-legge n. 80 del 2021 convertito dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, ai sensi del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n° 150 e ss.mm.ii. "*Attuazione della legge 4 marzo n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficacia e trasparenza delle pubbliche amministrazioni*" e delle direttive emanate dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).

L'ASP di Potenza definisce, in coerenza con le risorse assegnate, gli obiettivi, gli indicatori e i target sui quali si è basata la misurazione e la conseguente valutazione e rendicontazione delle attività svolte.

L'A.N.A.C. ha ribadito la necessità di integrare il ciclo della performance con gli altri strumenti di programmazione e in particolare con il Piano per la prevenzione della corruzione e della trasparenza. Per rendere evidente il collegamento tra performance e prevenzione della corruzione, all'interno della sottosezione performance è presente una sub area strategica in cui vengono considerati e perseguiti obiettivi di trasparenza e integrità sviluppati in base ai contenuti del redigendo piano anticorruzione.

▪ Il monitoraggio della Trasparenza e i rischi corruttivi

Così come indicato negli Orientamenti ANAC del 2 febbraio 2022 (Vademecum) il monitoraggio della trasparenza e dei fattori di rischio corruttivi sono da considerarsi attività fondamentali per la verifica dell'attuazione del PIAO. Il monitoraggio della sezione Trasparenza del PIAO, va programmato evidenziando:

- ✓ *i processi e le attività oggetto del monitoraggio;*
- ✓ *la periodicità delle verifiche;*
- ✓ *le modalità di svolgimento della verifica.*

Sarà garantito il coordinamento fra il RPCT e chi si occupa più specificamente delle altre sezioni del PIAO vigente, quali appunto quelle relative al capitale umano e allo sviluppo organizzativo.

Le risultanze del monitoraggio vanno utilizzate per la migliore programmazione delle misure, secondo una logica sequenziale e ciclica che favorisca il continuo miglioramento del processo di gestione del rischio.

Infatti, come anche precisato dal PNA vigente, la logica sequenziale e ciclica con cui viene condotto il monitoraggio consente, in un'ottica migliorativa, di tener conto e ripartire dalle risultanze del ciclo precedente ed utilizzare l'esperienza acquisita per apportare i necessari ed opportuni aggiustamenti alla strategia di prevenzione adottata. Attività diversa ma strettamente collegata al monitoraggio è l'attività di riesame periodico, volta a valutare il funzionamento del sistema della trasparenza e prevenzione della corruzione nel suo complesso, in una prospettiva più ampia.

Ciò allo scopo anche di considerare eventuali ulteriori elementi che possano incidere sulla strategia di prevenzione della corruzione e quelli sulla Trasparenza e ad indurre a modificare il sistema di gestione del rischio per migliorare i presidi adottati.

I risultati dell'attività di monitoraggio sono, in ogni caso, utilizzati per effettuare il riesame.

L'Azienda Sanitaria prevede il monitoraggio delle Misure previste nel PTPC e Trasparenza, con cadenza periodica (annuale, semestrale, trimestrale) per valutare e la funzionalità complessiva del sistema e procedere ad eventuali modifiche.

Saranno valutate tutte le fasi del processo di gestione del rischio al fine di poter individuare rischi emergenti, d'intesa con il responsabile aziendale della Corruzione, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio.

Tale attività sarà coordinata da RPCT e Referenti e si avvarrà del contributo metodologico degli organismi deputati all'attività di valutazione delle performance: OIV e Controllo di Gestione.

Gli elementi essenziali che devono essere contenuti nella parte dedicata al monitoraggio e al riesame sono i seguenti:

- *il monitoraggio sull'attuazione delle misure;*
- *il monitoraggio sull'idoneità delle stesse ai fini degli oneri di trasparenza e al trattamento del rischio;*
- *il riesame periodico della funzionalità del sistema di gestione;*
- *le fasi, le modalità di verifica.*

Nelle tabelle di seguito riportate, vengono indicate le **azioni di monitoraggio circa gli obblighi di pubblicazione delle informazioni nella sezione di Amministrazione Trasparente del sito aziendale**, in base ai dirigenti responsabili cui compete la trasmissione e la pubblicazione dei dati, i tempi di aggiornamento delle informazioni, le sanzioni previste in caso di mancato rispetto degli obblighi di trasmissione, le misure organizzative adottate per favorire l'attuazione delle misure tese a migliorare e rafforzare la Trasparenza amministrativa. In corso d'anno viene distribuita, con cadenza semestrale, la reportistica. L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) valuta il grado di raggiungimento degli indicatori negoziati e la coerenza degli obiettivi di performance con quelli del Piano.

Allegato A - Area Strategica Trasparenza, obiettivi, indicatori e operatività

AREA STRATEGICA TRASPARENZA	OBIETTIVO	INDICATORE/MODALITA' DI CALCOLO	OPERATIVITA'
Sub Area Promozione di maggiori livelli di trasparenza	Pubblicazione sul sito istituzionale, in forma integrata ed analitica, delle spese previste nel bilancio e delle spese di personale	<i>Pubblicazione dei dati richiesti nelle modalità previste.</i>	<i>L'obiettivo attiene alla pubblicazione sul sito istituzionale - con modalità tali da rendere la pubblicazione di immediata comprensione e consultazione per il cittadino - dei dati relativi alle spese sia in forma analitica che in forma aggregata.</i>
	Rispetto della normativa in materia di trasparenza	<i>Rispetto di almeno il 95% degli obiettivi previsti secondo le direttive ANAC</i>	<i>Rispetto degli obblighi di pubblicazione con le responsabilità individuate nel d.lgs 33/2013 e smi. Monitoraggio semestrale obblighi</i> <i>Verifica del rispetto della normativa sulla Tutela dei dati</i>
	Incarichi e nomine	<i>Rispetto degli obiettivi previsti nelle aree specifiche</i>	80%
	Gestione della trasmissione dei dati	<i>Report annuale</i>	<i>Verifica sulla corretta applicazione del Piano e delle inadempienze e delle relative misure adottate</i>

AREA STRATEGICA TRASPARENZA	OBIETTIVO	INDICATORE/MODALITA' DI CALCOLO	OPERATIVITA'
	Codice di Comportamento	Rispetto scadenza di approvazione e di monitoraggio	Diffusione dei contenuti del Codice Aziendale di Comportamento e sull'applicazione del Codice
	Formazione	n. di dipendenti formati sulle tematiche di trasparenza, etica e legalità	Organizzazione corsi su codice aziendale di comportamento, Trasparenza e misure di prevenzione dei rischi di corruzione (d'intesa con il responsabile Formazione)
	Informatizzazione e semplificazione dei processi amministrativi	Avvio di almeno il 60% dei nuovi processi integrati previsti nel PIAO	Avvio nel triennio di almeno il 60% dei nuovi processi integrati previsti nel PIAO (d'intesa con il SIA – Sistema Informativo Aziendale)
	Digitalizzazione dei processi rivolti al cittadino con il supporto del Responsabile Transizione Digitale	Incremento della tipologia dei processi consultabili on line dai cittadini	Avvio a regime nuove procedure individuate nel PIAO (d'intesa con il SIA)
	Trasparenza e rispetto delle procedure nelle Attività di gestione Contratti di appalto	Rispetto degli obiettivi previsti nelle aree specifiche	Rispetto degli obiettivi previsti nelle aree specifiche
Sub Area strategica Flussi informativi sulla Trasparenza:	Miglioramento Flussi informativi	Rispetto dei parametri per ciascun flusso in relazione a: Copertura (completezza nella rilevazione); Qualità (nei dati inviati, nell'integrazione di eventuali scarti, nella correzione delle anomalie e di errori) ; tempistica dell'invio (rispetto delle scadenze)	Gestione dei Flussi informativi secondo le disposizioni nazionali e di Anac
	Trasmissione completa dei dati entro le scadenze previste e contestuale chiusura	Corretta e tempestiva compilazione e trasmissione dei dati entro il V giorno del periodo successivo; chiusura contestuale degli oneri di pubblicazione	Obiettivo attribuito al fine di rispettare le scadenze previste

Allegato B - Monitoraggio grado di raggiungimento annuali degli obiettivi di Trasparenza (espresso in percentuale)

DIPARTIMENTO	UNITA' OPERATIVA	OBIETTIVO	DESCRIZIONE OBIETTIVO- RISULTATO	RISULTATO RAGGIUNTO PER ANNUALITA' (in %)
STRUTTURE DI STAFF	UOC Affari Legali e Contenzioso	<i>Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D. Lgs 150/2009 ed estesi dal D. Lgs. 33/2013, come modificato ed integrato dal Decreto Legislativo n. 97/2016</i>	<i>Attuare le misure previste dal PIAO vigente per l'annualità. Trasmettere al RPCT i dati secondo la tempistica indicata da Anac</i>	
	UOSD Farmacologia clinica			
	UOSD Flussi informativi			
	UOSD trasparenza S.A.			
	UOSD URP Comunicazione			
	UOSD Medicina Legale e Rischio Clinico			
	UOC Sistema Informativo Aziendale			
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	UOC Provveditorato Economato	<i>Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D. Lgs 150/2009 ed estesi dal D. Lgs. 33/2013, come modificato ed integrato dal Decreto Legislativo n. 97/2016.</i>	<i>Attuare le misure previste dal PIAO vigente per l'annualità. Trasmettere al RPCT i dati secondo la tempistica indicata da Anac</i>	
	UOC Attività Tecniche e Gestione del Patrimonio			
	UOC Economico Finanziaria			
	UOC Gestione Attività Amministrative dei Presidi e dei Distretti			
	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane			
	UOC Gestione Strutture Private Accreditate e Convenzionate			
	UOC Segreteria Direzionale e Affari Generali			
	UOSD Formazione			
	UOSD Valutazione e Trattamento Giuridico del Personale			
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	UOC Centro Salute Mentale Lauria	<i>Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D. Lgs 150/2009 ed estesi dal D. Lgs. 33/2013, come modificato ed integrato dal Decreto Legislativo n. 97/2016</i>	<i>Attuare le misure previste dal PIAO vigente per l'annualità. Trasmettere al RPCT i dati secondo la tempistica indicata da Anac</i>	
	UOC Servizio per le Dipendenze Melfi			
	UOC Spazio Psichiatrico Diagnosi e Cura Villa d'Agri			
	UOSD Centro Salute Mentale Potenza			
	UOSD Centro Salute Mentale Rionero			
	UOSD CSM Villa d'Agri			
	UOSD Disturbi del Comportamento Alimentare_Chiaromonte			

DIPARTIMENTO	UNITA' OPERATIVA	OBIETTIVO	DESCRIZIONE OBIETTIVO- RISULTATO	RISULTATO RAGGIUNTO PER ANNUALITA' (in %)
	UOSD SER D_ e CRA			
	UOSD SER. D_ Villa D'Agri			
	UOSD SER.D Potenza			
	UOSD SPDC_Potenza			
	UOSD Psichiatria Chiaromonte			
	UOSD Strutture Psichiatriche per Attività Residenziali e Semiresidenziali			
DIPARTIMENTO POST- ACUZIE	UOC Area Medica di Assistenza Post Acuzie Lauria	Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D. Lgs 150/2009 ed estesi dal D. Lgs. 33/2013, come modificato ed integrato dal Decreto Legislativo n. 97/2016	Attuare le misure previste dal PIAO vigente per l'annualità. Trasmettere al RPCT i dati secondo la tempistica indicata da Anac	
	UOC CEIMI-Nucleo Alzheimer			
	UOC Medicina Fisica e Riabilitazione Venosa			
	UOC Oncologia Critica Territoriale Cure Domiciliari e Palliative ADI			
	UOSD Diabetologia ed Endocrinologia Potenza			
	UOSD Lungodegenza Riabilitativa Chiaromonte			
	UOSD Per. Int. di Cura Patol.Endoc. e Met.Lauria			
	UOSD Riabilitazione Distrettuale Lauria			
	UOSD Servizio Ambulatorio di Cardiologia Venosa			
	UOSD Epato-Bilio -Pancreatica			
	UOSD Unità Scompenso Cardiaco Melfi			
DEU 118		Attuare i principi di trasparenza e accesso civico	Attuare le misure previste dal PIAO vigente per l'annualità. Trasmettere	
	Dipartimento DEU 118			

DIPARTIMENTO	UNITA' OPERATIVA	OBIETTIVO	DESCRIZIONE OBIETTIVO- RISULTATO	RISULTATO RAGGIUNTO PER ANNUALITA' (in %)
	UOSD Gestione e Coordinamento dei PP.TT.S	<i>introdotti dal D. Lgs 150/2009 ed estesi dal D. Lgs. 33/2013, come modificato ed integrato dal Decreto Legislativo n. 97/2016</i>	<i>al RPCT i dati secondo la tempistica indicata da Anac</i>	
DIPARTIMENTO DEL TERRITORIO	UOC Area Assistenza Primaria Potenza Venosa Melfi	<i>Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D. Lgs 150/2009 ed estesi dal D. Lgs. 33/2013, come modificato ed integrato dal Decreto Legislativo n. 97/2016.</i>	<i>Attuare le misure previste dal PIAO vigente per l'annualità. Trasmettere al RPCT i dati secondo la tempistica indicata da Anac</i>	
	UOC Assistenza Primaria Lauria Senise Villa d'Agri			
	UOC Distretto della Salute di Potenza			
	UOC Distretto della Salute di Melfi			
	UOC Distretto della Salute Senise			
	UOC Distretto della Salute Lauria			
	UOC Distretto della Salute Villa d'Agri			
	UOC Distretto della Salute Venosa			
	UOC Pneumologia Territoriale			
	UOSD C.F di Venosa			
	UOSD C.F. Lagonegro			
	UOSD C.F. Potenza			
	UOSD Coord. Strut_Res_e Semires_Anz e Disab e Cure Domiciliare			
	UOSD Servizio Territoriale e Pediatria Sociale			
	UOSD Psicologia Clinica			
	UOSD Attività di Nefrologia e Dialisi Villa d'Agri e Muro Lucano			
	UOSD Attività di Nefrologia e Dialisi Venosa			
	UOSD Nefrologia e Dialisi Chiaromonte			
	UOSD Nefrologia e Dialisi Lauria e Maratea			
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI	UOC Farmaceutica Territoriale	<i>Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D. Lgs. 150/2009 ed estesi dal D. Lgs. 33/2013, come modificato ed</i>	<i>Attuare le misure previste dal PIAO vigente per l'annualità. Trasmettere al RPCT i dati secondo la tempistica indicata da Anac</i>	
	UOC Laboratorio Analisi Melfi-Venosa			
	UOC Radiologia Potenza-Villa d'Agri			
	UOSD Neuroradiologia Potenza			

DIPARTIMENTO	UNITA' OPERATIVA	OBIETTIVO	DESCRIZIONE OBIETTIVO- RISULTATO	RISULTATO RAGGIUNTO PER ANNUALITA' (in %)
	UOSD Senologia Potenza	<i>integrato dal Decreto Legislativo n.</i>		
DIPARTIMENTO SALUTE UMANA	UOC Igiene degli Alimenti e Nutrizione	<i>Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D. Lgs 150/2009 ed estesi dal D. Lgs. 33/2013, come modificato ed integrato dal Decreto Legislativo n. 97/2016</i>	<i>Attuare le misure previste dal PIAO vigente per l'annualità. Trasmettere al RPCT i dati secondo la tempistica indicata da Anac</i>	
	UOC Igiene Epidemiologica e Sanità Pubblica			
	UOC Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro			
	UOSD Coordinamento attività di Igiene e Sanità Pubblica ASP			
	UOSD Dietetica Preventiva Territoriale			
	UOSD Epidemiologia e Malattie Rare			
	UOSD Medicina dello Sport			
	UOSD Valutazione Coperture Vaccinali e Monitoraggio Vaccinazioni			
	UOC Prevenzione Protezione Impiantistica nei Luoghi di Lavoro			
DIPARTIMENTO SANITA' ANIMALE	UOC Veterinaria - Area B	<i>Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D. Lgs 150/2009 ed estesi dal D. Lgs. 33/2013, come modificato ed integrato dal Decreto Legislativo n. 97/2016.</i>	<i>Attuare le misure previste dal PIAO vigente per l'annualità. Trasmettere al RPCT i dati secondo la tempistica indicata da Anac</i>	
	UOSD Interarea Banche dati e flussi LEA			
	UOSD Interarea Sicurezza Alimentare			
	UOC Veterinaria - Area C			
	UOC Veterinaria- Area A			

Allegato D - Monitoraggio griglia annuale accesso civico (Semplice e Generalizzato)

N. richieste di Accesso Civico	Numero Strutture Sanitarie coinvolte nei procedimenti di Accesso Civico	Tipologia Accesso Civico: S= Semplice G=Generalizzato A = Altro	Stato delle risposte: <i>Numero di accesso civico presentate nel periodo/numero di accesso civico che hanno ricevuto una risposta (in percentuale)</i>

Allegato E - (Rif. Circolare Ministero P.A. n. 2 del 30/12/2019) monitoraggio annuale consultazione del portale istituzionale - (numero di accessi medi giornalieri)

Totale accessi unici al Portale web ASP	Media accessi giornalieri sezione Amministrazione Trasparente	Media accessi giornalieri al Portale web

numeratore: numero di accessi unici annuali al Portale web istituzionale

denominatore: 365

Allegato F -(Rif. Circolare Ministero P.A. n. 2 del 30/12/2019) Grado di Trasparenza annuale dell'Amministrazione (attestata dall'OIV).

Denominazione sottosezione livello 1 (macrofamiglie verificate da OIV su direttiva Anac)	* Voci relative alla pubblicazione on line nella sezione Amministrazione Trasparente (da o a 2) Voce completa/totale voci	* Punteggi su completezza del contenuto (il dato pubblicato riporta tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative (da o a 3) Voce completa/totale voci	* Punteggi su completezza rispetto agli uffici – il dato pubblicato è riferito a tutti gli uffici (da o a 3) Voce completa/totale voci	* Punteggi su aggiornamento – la pagina web e i documenti pubblicati risultano aggiornati (da o a 3) Voce completa/totale voci	* Punteggi su apertura formato – il formato è aperto ed elaborabile (da o a 3) Voce completa/totale voci	Note
TOTALE						

* numeratore: si considera la somma dei punteggi assegnati ad ogni singola cella della griglia di rilevazione OIV

denominatore: si considera la somma dei punteggi massimi conseguibili per ciascuna cella

SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Organizzazione del lavoro agile

Programmazione del lavoro agile e delle sue modalità di attuazione e sviluppo

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.

Il presente documento costituisce un ulteriore tassello nella definizione del programma di sviluppo del Lavoro Agile da perseguirsi presso l'Azienda Sanitaria di Potenza.

L'approccio su cui si basa l'impostazione di questo documento segue quanto indicato:

- nelle Linee Guida adottate con il Decreto del 9 dicembre 2020;
- nel "template ordinario POLA" pubblicato dal Dipartimento della Funzione Pubblica (di seguito DFP);

Esso copre i contenuti minimi richiesti e prevede una struttura articolata in cinque sezioni, di seguito elencate:

- Livello di attuazione e sviluppo del Lavoro Agile
- Modalità attuative del Lavoro Agile
- Soggetti, processi e strumenti del Lavoro Agile
- Programma di sviluppo del Lavoro Agile
- Indicatori di misurazione

E' da rilevare che la L. 29 dicembre 2022 n. 197, all'art. 1 comma 306 ha stabilito che *"Fino al 31 marzo 2023, per i lavoratori dipendenti pubblici e privati affetti dalle patologie e condizioni individuate dal decreto del Ministro della salute di cui all'articolo 17, comma 2, del decreto-legge 24 dicembre 2021, n. 221, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 febbraio 2022, n. 11, il datore di lavoro assicura lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile anche attraverso l'adibizione a diversa mansione compresa nella medesima categoria o area di inquadramento, come definite dai contratti collettivi di lavoro vigenti, senza alcuna decurtazione della retribuzione in godimento. Resta ferma l'applicazione delle disposizioni dei relativi contratti collettivi nazionali di lavoro, ove più favorevoli"*.

L'Azienda Sanitaria di Potenza, in attuazione dell'art. 87 del D.L. 18/2020 (convertito in legge n. 27/2020) ha tempestivamente attivato il c.d. lavoro agile o smart working emergenziale per tutto il personale coinvolto in attività smartabili.

In riferimento alla verifica e al monitoraggio dell'impatto delle misure adottate in termini di efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa, qualità dei servizi erogati, benessere organizzativo, organizzazione del lavoro e produttività, appare opportuna, onde consentirne il

miglioramento, la partecipazione dei Dirigenti autorizzanti; tanto induce ad apportare la modifica alla *“Dichiarazione del Dirigente autorizzante lo svolgimento di attività in lavoro agile”*.

Nelle relazioni finali dei Dirigenti (Allegato 3 al P.O.L.A 2022/2024) si rileva comunque che le attività svolte in lavoro agile hanno sempre consentito il mantenimento o miglioramento degli standard quali/quantitativi delle prestazioni lavorative del dipendente.

- Modalità attuative

Con il P.O.L.A. riferito 2022/2024 sono state adottate le nuove modalità autorizzatorie al lavoro agile (Allegati 1, 2 e 3); il citato Piano è stato trasmesso alle OO.SS., al C.U.G. e all'O.I.V., che non hanno ritenuto di esprimere indicazioni operative ulteriori ed atte a integrare/modificare quanto previsto.

Si ritiene di modificare parzialmente la procedura come di seguito:

- Accesso al Lavoro Agile - Priorità.

L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria.

Possono aderire sia i dipendenti assunti a tempo determinato che a tempo indeterminato, sia personale in regime di tempo pieno che in regime di tempo parziale, in virtù del principio di non discriminazione e di pari opportunità.

L'istanza di adesione deve essere trasmessa dal/la dipendente al Dirigente/Responsabile della Struttura di appartenenza. Ciascun Dirigente valuta la compatibilità dell'istanza presentata dal dipendente rispetto:

- ✓ all'attività svolta dal dipendente;
- ✓ ai requisiti previsti dal presente disciplinare;
- ✓ alla regolarità, continuità ed efficienza dell'erogazione dei servizi rivolti all'utenza, nonché al rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente.

Qualora le richieste di lavoro agile risultino in numero ritenuto dal Dirigente di riferimento organizzativamente non sostenibili, viene data priorità alle seguenti categorie, secondo l'ordine di elencazione:

- ✓ Lavoratori fragili: soggetti in possesso di certificazione rilasciata dai competenti organi medico- legali, attestante una condizione di rischio derivante da immunodepressione o da esiti da patologie oncologiche o dallo svolgimento di relative terapie salvavita, ivi inclusi i lavoratori in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, c. 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- ✓ Lavoratori/trici con figli e/o altri conviventi in condizioni di disabilità certificata ai sensi dell'art. 3, c. 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- ✓ Lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall'articolo 16 del T.U. delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, di cui al D.lgs. 26 marzo 2001, n. 151;
- ✓ Lavoratrici in stato di gravidanza;
- ✓ Lavoratori/trici residenti o domiciliati in comuni al di fuori della sede di servizio, tenuto conto della distanza tra la zona di residenza o di domicilio e la sede di lavoro;
- ✓ Lavoratori/trici con figli conviventi nel medesimo nucleo familiare minori di quattordici

anni. Le suindicate condizioni dovranno essere, all'occorrenza, debitamente certificate o documentate.

➤ **Procedura Autorizzativa - Accordo Individuale**

L'attivazione del lavoro agile è conseguente alla presentazione di apposita istanza del dipendente ed è subordinata alla sottoscrizione dell'Accordo individuale tra il dipendente e il Dirigente della Struttura cui quest'ultimo è assegnato, al quale è necessariamente allegata l'Informativa sulla salute e sicurezza nel lavoro agile ai sensi dell'art. 22, comma 1, L. n. 81/2017".

L'accordo individuale, in caso di assenso da parte del Dirigente, è sottoscritto, entro 30 giorni dalla presentazione dell'istanza, tra il dipendente ed il Dirigente/Responsabile della Struttura di assegnazione.

Copia dell'accordo individuale sottoscritto è prontamente inviata all'U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane per le dovute comunicazioni di cui all'art. 23 della L 81/2017.

Durante la fase di svolgimento della prestazione in lavoro agile è possibile, previa intesa tra le parti, modificare le condizioni previste nell'accordo individuale, sia per motivate esigenze espresse dal lavoratore, sia per necessità organizzative e/o gestionali dell'Azienda.

Di tali modifiche è data comunicazione all'U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane.

➤ **Prestazione Lavorativa**

La prestazione lavorativa è svolta dal dipendente senza vincoli di orario e sempre nel rispetto delle ore massime di lavoro giornaliere e settimanali stabilite dalla contrattazione collettiva.

La prestazione può essere svolta in parte all'interno della sede di lavoro ed in parte o esclusivamente all'esterno.

La prestazione lavorativa non può essere effettuata nelle giornate di sabato (tranne diverso accordo), domenica o festive infrasettimanali.

La prestazione lavorativa in "modalità agile" deve essere espletata nella fascia giornaliera dalle ore 7,30 e non oltre le 19,00.

Fuori dalle predette ore il lavoratore non può erogare alcuna prestazione lavorativa.

Tali periodi comprendono la fascia di disconnessione, nella quale il lavoratore non può erogare alcuna prestazione lavorativa. Tale fascia comprende in ogni caso il periodo di 11 ore di riposo consecutivo.

Il lavoratore può richiedere, ove ne ricorrano i relativi presupposti, la fruizione dei permessi previsti dai contratti collettivi o dalle norme di legge quali, a titolo esemplificativo, i permessi per particolari motivi personali o familiari, i permessi sindacali di cui al CCNQ 4 dicembre 2017 e s.m.i., i permessi di cui all'art. 33 della legge 104/1992.

Nelle giornate in cui la prestazione lavorativa viene svolta in modalità agile non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, né è possibile la maturazione di orario aggiuntivo che dia diritto a riposo compensativo.

Le indennità di disagio e altre indennità giornaliere legate alle modalità di svolgimento della prestazione non sono riconosciute, fatto salvo quanto potrà essere eventualmente disposto in sede di contratti collettivi nazionali di lavoro.

Per sopravvenute esigenze di servizio il dipendente in lavoro agile può essere richiamato in sede, con comunicazione che deve pervenire in tempo utile per la ripresa del servizio e, comunque, almeno il giorno prima. Il rientro in servizio non comporta il diritto al recupero delle giornate di lavoro agile non fruite. Al fine di assicurare un'efficace ed efficiente interazione con l'Ufficio di appartenenza ed un ottimale svolgimento della prestazione lavorativa, il dipendente, nell'arco della giornata di lavoro agile, deve garantire la sua contattabilità da parte dell'Ufficio (a mezzo e-mail, telefono, messaggi ecc..) secondo quanto di seguito indicato:

- ✓ una fascia di contattabilità della durata di almeno tre ore continuative nel periodo dalle ore 8.00 alle ore 13.00;
- ✓ un ulteriore fascia di contattabilità (oltre a quella mattutina) nelle giornate di rientro pomeridiano, della durata di almeno 90 minuti continuativi nel periodo dalle ore 15.30 alle ore 18.30.

La/le fascia/e di contattabilità devono essere specificate nell'accordo individuale.

Il diritto alla disconnessione si applica, tranne diverso accordo, negli orari in cui il lavoratore non avrebbe dovuto essere presente sul luogo di lavoro nei consueti orari di attività lavorativa per esso prevista.

Pertanto, il lavoratore ha il diritto di non leggere e non rispondere a email, telefonate o messaggi lavorativi e di non telefonare, di non inviare e-mail e messaggi di qualsiasi tipo inerenti all'attività lavorativa nel periodo di disconnessione. Il diritto alla disconnessione si applica in senso verticale e bidirezionale (verso i propri responsabili e viceversa), oltre che in senso orizzontale, cioè anche tra colleghi.

Nel caso in cui al lavoratore agile non sia consegnato un dispositivo telefonico mobile da parte dell'Azienda, il dipendente, ai fini della contattabilità, indica nell'accordo individuale il numero del telefono fisso o mobile cui potrà essere contattata/o dall'Ufficio.

Le parti, inoltre, possono concordare di attivare sul numero indicato dal dipendente la deviazione delle telefonate in entrata sul numero di ufficio interno assegnato al lavoratore.

In ogni caso di cattivo funzionamento dei sistemi informatici, qualora lo svolgimento dell'attività lavorativa a distanza sia impedito o sensibilmente rallentato, il dipendente è tenuto a darne tempestiva informazione all'Ufficio SIA e al proprio dirigente al fine di poter trovare possibile soluzione al problema. Qualora le suddette problematiche dovessero rendere temporaneamente impossibile o non sicura la prestazione lavorativa, il dipendente potrà essere richiamato a lavorare in presenza.

Le spese connesse, riguardanti i consumi elettrici e di connessione, o le eventuali spese per il mantenimento in efficienza dell'ambiente di lavoro agile sono, in ogni ipotesi, a carico del dipendente.

Ai dipendenti che si avvalgono delle modalità di lavoro agile, sia per gli aspetti normativi sia per quelli economici, si applica la disciplina vigente prevista dalla contrattazione collettiva, ivi comprese le disposizioni in tema di malattia e ferie.

Il lavoratore agile conserva il diritto a fruire dei medesimi istituti di assenza giornaliera previsti per la generalità di tutti i dipendenti dell'Amministrazione.

▪ Dichiarazione finale del Dirigente

Al termine del periodo di lavoro agile stabilito nell'Accordo il Dirigente rende la “*Dichiarazione*

del Dirigente autorizzante lo svolgimento di attività in lavoro agile”, che costituisce anche idoneo strumento di monitoraggio circa:

- la regolarità, continuità ed efficienza dell'erogazione dei servizi rivolti all'utenza;
 - il rispetto della tempistica dei procedimenti trattati;
 - l'impatto del lavoro agile sui processi produttivi aziendali;
 - l'incidenza del lavoro agile sul benessere organizzativo.
-
- Dotazione tecnologica e utilizzo dei sistemi informativi aziendali

L'Azienda deve, di norma, fornire il lavoratore di idonea dotazione tecnologica. Per le attività da remoto devono essere utilizzate le postazioni di lavoro fornite dall'Azienda, in grado di garantire la protezione delle risorse aziendali a cui il lavoratore deve accedere. L'amministrazione deve assicurare il costante aggiornamento dei meccanismi di sicurezza, nonché il monitoraggio del rispetto dei livelli minimi di sicurezza.

In alternativa, possono essere utilizzate anche dotazioni tecnologiche del lavoratore che rispettino i requisiti di sicurezza di cui al periodo precedente. In questo caso le procedure aziendali abilitate /abilitabili sono tutte quelle che presentano un'interfaccia di comunicazione WEB, fruibile tramite browser, al fine di garantire la sicurezza informatica di server della LAN Aziendale.

Per l'utilizzazione da remoto delle procedure informatiche aziendali si utilizzeranno il “Modulo richiesta credenziali per l'accesso al sistema informatico tramite VPN” da compilarsi e firmarsi da parte del Dirigente e il “Modulo richiesta accesso al sistema informatico”, da compilarsi e firmarsi a cura del Dipendente; i moduli, già in uso da tempo, sono disponibili presso il SIA

- I Ruoli e gli sviluppi del Lavoro Agile

➤ I Dirigenti

Lo sviluppo del lavoro agile nell'Azienda non può quindi prescindere dal fondamentale apporto di essi in riferimento:

- ✓ all'individuazione delle specifiche tipologie di attività che possono essere svolte da remoto, anche in un'ottica di sviluppo ed ampliamento futuro delle stesse;
- ✓ alla definizione di parametri oggettivi, nei limiti possibili in riferimenti alle singole procedure “smartabili”, utili alla misurazione delle prestazioni;
- ✓ alla ridefinizione dell'organizzazione interna per consentire l'accesso al lavoro agile anche a dirigenti e personale sanitario, nonché ai dipendenti a tempo determinato e in comando;
- ✓ all'individuazione delle modalità più consone ai fini della conciliazione dei tempi di vita e tempi di lavoro, per non creare discriminazioni e/o isolamento e ponendo particolare attenzione alla componente femminile, ai lavoratori fragili, al diritto di disconnessione etc.;
- ✓ alla garanzia, per quanto possibile in relazione alle singole competenze dei processi lavorativi smartabili, della rotazione dei dipendenti, ferma restando l'adesione volontaria del lavoratore alle attività da svolgersi in lavoro agile;

- ✓ al monitoraggio degli impatti del lavoro agile.

Rimane altresì in capo agli stessi Dirigenti l'individuazione delle attività che possono essere svolte in modalità agile.

- Comitato Unico Di Garanzia

Contribuisce alla definizione dei criteri necessari per consentire all'Azienda di organizzare ed attuare il Lavoro Agile e degli aspetti della prestazione lavorativa che hanno un diretto impatto sul benessere organizzativo dei dipendenti.

- Organismo Indipendente Di Valutazione

E' coinvolto nel processo di definizione di una metodologia adeguata per la selezione degli indicatori necessari per il monitoraggio dell'attuazione del Lavoro Agile e della performance organizzativa, direttamente incisa da questa nuove modalità di lavoro;

- Responsabile Della Transizione Digitale (RTD) *(per l'ASP il Sia)*

Ha un ruolo cruciale nella rilevazione del grado di maturità tecnologica dell'Amministrazione e nell'individuazione dei percorsi di evoluzione tecnologica volti alla semplificazione e abilitazione del Lavoro Agile nella modalità ordinaria.

- Rappresentanza sindacale unitaria

Insieme a tutte le organizzazioni sindacali, contribuisce alla definizione dei principi alla base delle politiche di regolamentazione e contrattazione collettiva previste per il Lavoro Agile e alle quali l'Azienda deve attenersi per l'implementazione della modalità di Lavoro Agile.

- Le strutture aziendali

- ✓ U.O.C. Controllo di Gestione

Ha funzioni di coordinamento delle varie strutture aziendali coinvolte nella elaborazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) che è chiamato a ricomprendere molti dei documenti di programmazione che finora le amministrazioni pubbliche erano tenute a predisporre annualmente, quali performance, fabbisogni del personale, lavoro agile, anticorruzione etc.;

- ✓ U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane

Predisporre annualmente e per quanto di competenza, il P.O.L.A. da inserire nel P.I.A.O.. Nell'ambito del P.O.L.A. predisposto monitora e verifica, in relazione ai dati conosciuti dalla Struttura (n. personale autorizzato o non autorizzato, numero di giornate in lavoro agile, elaborazione dei dati traibili dall'Allegato D), lo stato di attuazione del lavoro agile e i suoi effetti sull'organizzazione aziendale;

- ✓ U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali

Pianifica – in relazione alle risorse disponibili – l'acquisizione di dotazioni tecnologiche da assegnarsi ai dipendenti in smart working. Anche nel suo ruolo di

RTD, preside i processi finalizzati all'accesso al sistema informatico tramite VPN, elabora e controlla le procedure informatiche a supporto del lavoro agile;

✓ U.O.S.D. Formazione

Sostiene e organizza le azioni formative volte a favorire sia una transizione culturale, soprattutto per i dirigenti, orientata al raggiungimento dei risultati sia lo sviluppo di un set di competenze (manageriali, tecniche e digitali) in aggiunta a quelle già possedute dai dipendenti, Dirigenti e non.

▪ Attività smartabili

L'individuazione delle attività che possono essere svolte in lavoro agile è di competenza dei Dirigenti che autorizzano lo svolgimento della prestazione lavorativa in smart working.

In merito si rappresenta che con nota prot. n. 90258 del 14.09.2022 ai Dirigenti è stato richiesto di procedere a implementare e dettagliare i processi di lavoro "smartabile".

La nota è stata riscontrata solo da alcuni di essi e, quindi e allo stato, le attività "smartabili" preindividuate sono di seguito individuate.

Tanto, comunque, non esclude l'autorizzabilità di altre attività in lavoro agile, previa verifica della compatibilità, anche in termini di adeguatezza rispetto all'orario di lavoro da svolgersi giornalmente, da parte del dirigente autorizzante.

<i>U.O.C. Sistema Informativo Aziendale</i>
– Help Desk interno
– Help Desk esterno
– Gestione rete
– Attività sistemistica per esterni
– Attività sistemistica su DC
– Attività sistemistica su PDL
– Attività di configurazione nuove PDL
– Liquidazione fatture
– Predisposizione documenti e procedure
– Predisposizione flussi Regionali
<i>U.O.C. Affari Legali</i>
– Predisposizione atti difensivi e redazione di pareri legali, sia nella fase giudiziale che stragiudiziale
– Istruzione e predisposizione dei provvedimenti amministrativi di competenza dell'U.O.C.
<i>U.O.S.D. Formazione</i>
– Accredito presso AGENAS dei Corsi ECM, trasferimento dati su piattaforma ITLAV, elaborazione dati discenti e docenti, trasmissione all'AGENAS del tracciato record consuntivo ECM
– Trasferimento informazioni a soggetti interni ed esterni all'ASP su attività aziendali curate dalla U.O.S.D. Formazione
– Verifica e liquidazione fatture

<i>U.O.C. Controllo di Gestione</i>
– Predisposizione e proposta di approvazione del Piano della Performance e le sue eventuali modificazioni
– Elaborazione della proposta di budget operativo da assegnare ai CdR, supporto alle attività di negoziazione dello stesso e formulazione della proposta di approvazione del budget negoziato alla Direzione Strategica
– Valutazione dei risultati di performance organizzativa conseguiti dai responsabili UOSD/UOC (budget operativo)
– Predisposizione e proposta di approvazione Relazione sulla Performance
– Supporto istruttorio ai valutatori di I istanza dell'OIV nel processo di valutazione a budget delle UU.OO.CC. E nelle validazioni delle relazioni sulla performance
– Rendicontazione obiettivi di Piano alla Regione, ai fini del riparto del FSR e individuazione dei costi delle attività extraLEA in collaborazione con UO Econ Fin e monitoraggio-verifica infrannuale sullo stato di conseguimento degli obiettivi regionali assegnati all'ASP
– Supporto alla predisposizione del bilancio preventivo (budget generale e piano delle azioni). Predisposizione della relazione sulla gestione (allegato bilancio consuntivo) previa acquisizione da parte della UO EcoFin del Mod CE di esercizio della nota illustrativa
– Elaborazione e trasmissione (NSIS e Regione) dei Mod LA e CP a consuntivo annuali, in collaborazione con la UOSD Flussi Informativi
– Supporto all'elaborazione del modello CE COVID (se ricorre)
– Attuazione degli adempimenti previsti in capo al CdG nel Manuale delle procedure di Controllo di Gestione e suo eventuale aggiornamento
– Monitoraggio e reporting dei costi e ricavi aziendali
– Analisi dell'andamento economico/gestionale, anche mediante attività di auditing con gli uffici interessati
– Gestione aziendale del budget
– Elaborazione della relazione del Direttore Generale al Bilancio Economico Preventivo e della relazione sulla gestione al Bilancio di Esercizio
– Verifica dello stato di avanzamento/conseguimento degli obiettivi di salute e programmazione economico finanziaria aziendale
– Coordinamento attività di predisposizione di PIAO
– Ogni altro adempimento chiesto dalla Direzione Generale nei confronti della quale l'ufficio è posto in posizione di staff
<i>U.O.S.D. Consultorio di Venosa</i>
– Counseling (sociale, psicologico, ginecologico, ostetrico);
– Sostegno psicologico e sostegno alla genitorialità
– Stesura di relazioni, rapporti con le scuole di ogni ordine e grado, videoconferenze, raccordi telefonici con enti territoriali, percorsi disposti con decreto del Tribunale per i Minorenni
– Formazione a distanza
– Programmazione attività e attività relazionale con l'utenza
– Creazione di contenuti multimediali, ideazione e realizzazione materiali informativi

<i>Dipartimento di Salute Mentale</i>
– Attività amministrative in genere
– Attività di psicoterapia a distanza (da alternarsi necessariamente con prestazioni in presenza)
<i>U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane</i>
– Attività propedeutiche (indizioni, pubblicazioni, Commissioni, ammissioni candidati etc.) e successive (presa d'atto verbali, verifiche dichiarazioni, formazione graduatorie etc.) riferite a procedure assunzionali, comandi e mobilità
– PEO e PEV (indizioni, ammissioni, verifiche dichiarazioni, formazione graduatorie etc.)
– Predisposizione di provvedimenti riferiti allo stato giuridico del personale (aspettative, comandi, nulla osta, trattenimenti in servizio, incarichi gratuiti etc.);
– Trattamento economico del personale mediante accesso, da domicilio, ai sistemi in uso presso l'U.O.C. (inserimenti riferiti ai trattamenti accessori, missioni, etc.)
– Predisposizione di protocolli e regolamenti aziendali da sottoporre al confronto sindacale
<i>U.O.C. Economico Finanziaria</i>
- Ogni attività da svolgersi mediante utilizzazione dei sistemi in uso (reversali, mandati, verifiche estratti conto fornitori, rilevazioni in contabilità generale con documentazione digitale a supporto, etc.)

L'elencazione di cui sopra, ripetesì, non è esaustiva e rimane nella responsabilità del Dirigente Responsabile l'individuazione delle attività smartabili e la verifica a consuntivo dell'adeguatezza delle stesse.

▪ Programmazione 2023/2025

Anno 2023

U.O.C. GSRU - Nuova modulistica per autorizzazione e accordo lavoro agile

U.O.C. GSRU - Nuovo schema di Dichiarazione finale di Dirigente– U.O.C. GRSU

U.O.C. GSRU -Trasmissione e acquisizione di eventuali proposte di integrazione del presente POLA a OIV, RSU, CUG, Dirigenti autorizzanti

U.O.S.D. Formazione – Avvio di attività formative

U.O.C. SIA - Acquisizioni e sviluppi informatici

Anno 2024

U.O.C. GSRU – Verifica eventuali miglioramenti alla modulistica

U.O.C. GSRU – POLA 2024/2026

- con adeguamenti alle proposte ricevute;
- adeguamenti derivanti da eventuali innovazioni legislative;
- con indicazione dello stato di attuazione e analisi e sistematizzazione dei dati risultanti dalle Dichiarazioni dei Dirigenti

U.O.S.D. Formazione – Attivazione di ulteriori eventi formativi, in base alle necessità rilevate dallo

stato di attuazione

U.O.C. SIA - Acquisizioni e sviluppi informatici, in base alle necessità rilevate dallo stato di attuazione

Anno 2025

Come per l'anno 2024.

3.2 Piano triennale dei fabbisogni di personale

Piano triennale dei fabbisogni di personale (P.T.F.P.) 2025-2027

▪ Le Fonti

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 posso 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 Legge 30 aprile 2019, n. 35 convertito con modificazioni dalla L. 25 giugno 2019, n. 60

Il D.L. citato ha facultizzato 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.”.

● **Deliberazioni di Giunta Regionale**

- ✓ 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;
- ✓ n. 799 del 6 novembre 2019, con la quale la Giunta Regionale ha adottato specifica Direttiva relativa a indicazioni operative sulle modalità di 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;
- ✓ 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;
- ✓ 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.
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 € 1.308.174,89 rispetto alla precedente DGR n. 798/2019;
- ✓ n. 291 del 23 maggio 2023, con la quale il tetto di spesa per l'ASP è stato ridefinito in € 78.731.000,00;
- ✓ DGR n. 521 del 06.09.2024 che fissa il tetto della spesa a euro 79.096.275,00

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, da ultimo, è stato assegnato a questa Azienda il tetto di spesa netto anno 2023 per i costi del personale, pari a € 79.096.275,00;

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:

ASSEGNAZIONI REGIONALI - TETTI DI SPESA ASSUNZIONALI					
	ASP	ASM	AOR	CROB	Totale tetto consolidato regionale
D.G.R. n. 798 del 06/11/2019 - Tetto di spesa 2018	78.539.610,8 9	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	76.130.044,0 0	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	76.366.816,0 0	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	

ASSEGNAZIONI REGIONALI - TETTI DI SPESA ASSUNZIONALI					
	ASP	ASM	AOR	CROB	Totale tetto consolidato regionale
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	
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
Differenza tetto 2022 su 2018	191.389,11	3.759.381,00	3.252.342,00	1.828.686,00	
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
Differenza tetto 2023 su 2018	365.275,00	606.571,00	404.502,00	236.502,00	
Totale incrementi nel periodo	556.664,11	4.365.952,00	3.656.844,00	2.065.188,00	
Totale incrementi %	0,71%	4,50%	2,65%	10,54%	

LA DOTAZIONE ORGANICA

La c.d. Riforma Madia ha sostanzialmente disposto il superamento di fatto della dotazione organica per lasciare il posto, essenzialmente, ad una determinazione della numerosità del personale necessario per lo svolgimento delle attività istituzionali delle PP.AA. costituita dalla somma del personale in servizio e di quello di cui viene programmata l'assunzione.

Appare quindi evidente un'ottica che se da un lato e nella sua componente fondamentale l'innovazione introdotta si basa su considerazioni e finalità essenzialmente finanziarie, dall'altro consente una maggiore flessibilità circa le tipologie delle figure necessarie oltre che un necessario rafforzamento di misure tese ad incrementare i tassi di efficienza.

Sul punto specifico il Decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione dell'8.5.2018 ha rilevato l'introduzione di "elementi significativi tesi a realizzare il superamento del tradizionale concetto di dotazione organica", che "cede il passo ad un paradigma flessibile e finalizzato a rilevare realmente le effettive esigenze, quale il PTFP"; sicché la predetta dotazione dovrebbe risolversi in "un valore finanziario di spesa potenziale massima sostenibile", nell'ambito del quale le Amministrazioni devono

poter procedere annualmente *“alla rimodulazione qualitativa e quantitativa della propria consistenza di personale, in base ai fabbisogni programmati... Tale rimodulazione individuerà quindi volta per volta la dotazione di personale che l’amministrazione ritiene rispondente ai propri fabbisogni e che farà da riferimento per l’applicazione di quelle disposizioni di legge che assumono la dotazione o la pianta organica come parametro di riferimento”*.

Il nuovo impianto normativo tende, pertanto, a favorire il radicamento di *“cambiamenti organizzativi che superino i modelli di fabbisogno fondati su logiche delle dotazioni organiche storicizzate, a loro volta discendenti dalle rilevazioni dei carichi di lavoro superate sul piano dell’evoluzione normativa e dell’organizzazione del lavoro e delle professioni”*.

La magistratura contabile ha rimarcato, in sede di analisi dell’innovativo art. 6 ter del D.Lgs. n. 165/2001, che vi è un significativo superamento della dotazione organica, intesa come *“un contenitore rigido con funzione programmatica delle risorse umane, suddivise per categoria e profilo professionale necessarie allo svolgimento dell’attività dell’Ente, per il conseguimento degli obiettivi”*, affermando altresì che il nuovo Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale tende al superamento della *“rigidità insita nel concetto di dotazione organica attraverso uno strumento programmatico, modulabile e flessibile e finalizzato a rilevare realmente le effettive esigenze sulla base dell’ottimale impiego delle risorse pubbliche”*, superando quindi *“l’automatismo nel mantenimento dei posti in organico anche nel momento della cessazione dei dipendenti”* (Corte dei Conti, Sezione di Controllo Veneto, Deliberazione n. 548/2018).

Ad ogni modo si evidenzia che l’ultima Dotazione Organica è stata definita dall’Azienda con la DDG n. 274 del 26 aprile 2016, approvata con DGR n. 834 del 19 luglio 2016.

E’ chiaro come tale atto risulti superato dalle fondamentali innovazioni poste dalla L.R. n. 2/2017 che, per l’ASP in particolare (in ragione del conferimento all’AOR “San Carlo” dei Presidi di Lagonegro, Melfi e Villa d’Agri), ha determinato una manifesta distinzione tra le funzioni di committenza da quelle di produzione.

Nel contempo occorre anche rilevare che nel precedente sistema era dato rinvenire una stretta correlazione tra attività ospedaliere e territoriali che non consente, sic et simpliciter, di ridefinire la dotazione organica con il mero stralcio di quelle unità di personale che, pur a valenza prettamente ospedaliera, possono considerarsi anche quali fattori rilevanti per l’offerta di prestazioni a carattere più tipicamente territoriale; allo stato la Dotazione Organica ASP è ridefinita espungendo il personale transitato all’AOR e aggiungendo quello (nel valore necessario a garantire la funzionalità) derivante dall’ASM per le Postazioni territoriali afferenti al sistema di emergenza-

urgenza 118. Nel contempo occorre anche considerare che la necessaria rideterminazione della D.O., utile essenzialmente a fornire ex ante un riscontro di coerenza tra le risorse necessarie e quelle disponibili, può correttamente intervenire solo a valle del percorso destinato a produrre il nuovo Atto Aziendale, conseguente alle scelte e agli indirizzi di competenza regionale (art. 14 L.R. n. 39/2001).

LE PRIORITA' NEL P.T.F.P. 2025/2027

La limitatezza delle risorse disponibili non ha consentito di poter svolgere politiche del personale volte a consentire lo sviluppo di ormai ineludibili processi di potenziamento della “sanità territoriale” che, per la loro attuazione, richiedono necessariamente appositi e corposi finanziamenti.

Allo scopo, con il competente Dipartimento regionale, questa Azienda ha in fase di adozione un apposito Stralcio all’Atto Aziendale; a seguito dell’approvazione dello stesso da parte della Giunta Regionale potrà procedersi alla formulazione di un apposito programma assunzionale riferito all’implementazione del personale da dedicarsi alle Case di Comunità, alle Unità di Continuità Assistenziale, alle Centrali Operative Territoriali, agli Ospedali di Comunità e all’assistenza territoriale infermieristica tramite gli Infermieri di Famiglia o di Comunità; tanto, peraltro, nell’ambito degli appositi finanziamenti stabiliti dalla Legislazione nazionale enei limiti delle conseguenti assegnazioni alle singole Regioni. Tali assunzioni, pertanto, pur costituendo una essenziale priorità nel triennio considerato, non avranno impatto sui limiti di spesa complessivi regionali per le assunzioni di personale.

Nel P.T.F.P. oggetto della presente Relazione sicuramente l’anno 2025 rappresenta per l’Azienda Sanitaria un anno fondamentale al fine di ripristinare le apicalità 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. 17 Direttori di Struttura Complessa con un impegno economico di circa 1,5 mln (costi 2018, in applicazione del cd. “Decreto Calabria).

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 amministrativo.

Nel corso del 2025, fermo restando un dovuto e ulteriore potenziamento della componente infermieristica (finalizzato per lo più al raggiungimento di adeguatati standard per il 118) e delle altre figure sanitarie del personale del comparto (che si prevede passino dal numero di 902 al

numero di 954), oltre che di altre basilari figure professionali che, nel corso del tempo hanno visto dimidiarsi il loro numero (ad es. Assistenti Sociali), la finalità ulteriore, oltre quella di ridare le apicalità alle varie strutture complesse, è quella di potenziare la componente medica che (ove abbiano a definirsi positivamente le relative procedure assunzionali) vedrà numericamente un crescita del personale medico a tempo indeterminato dal numero di 169 presenti presuntivamente al 31.12.2024 al n. di 214 che potranno essere presenti in Azienda alla data del 31.12.2025. 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.

Profilo professionale / Disciplina	Totale personale in servizio al 31.12.2018	Totale TI in servizio al 31.12.2025	Differenze
DIRIGENZA			
DIRIGENZA RUOLO SANITARIO			
Dirigenza Sanitaria non Medica			
Dirigente Farmacista SC "Farmaceutica Territoriale"	1	1	-
Dirigente Professioni Sanitarie SC "S.I.T.R.A."	0	0	-
Dirigente Biologo	9	11	2
Dirigente Farmacista	7	10	3
Dirigente Fisico	0	0	-
Dirigente Professioni Infermieristiche	0	1	1
Dirigente Professioni Tecniche della Prevenzione	0	0	-
Dirigente Psicologo	24	27	3
TOTALE DIRIGENZA NON MEDICA	41	50	9
Dirigenza Medica e Veterinaria			
S.C. "A.M.A.P.A. Lauria"	1	1	-
S.C. "Assistenza Primaria Lauria/Senise/Villa d'Agri"	1	1	-
S.C. "Assistenza Primaria Potenza/Venosa/Melfi"	1	1	-
S.C. "C.S.M. Lauria"	1	1	-
S.C. "Distretto della Salute di Lauria" (<i>ricompreso nel nuovo Distretto Salute "Lagonegrese Pollino"</i>)	1	1	-
S.C. "Distretto della Salute Vulture Alto Bradano"	1	1	-
S.C. "Distretto della Salute di Potenza"	1	1	-
S.C. "Distretto della Salute di Senise" (<i>ricompreso nel nuovo Distretto</i>	1	0	- 1

Salute "Lagonegrese Pollino)			
S.C. "Distretto della Salute Lagonegrese Pollino"	0	1	1
S.C. "Distretto della Salute Val d'Agri - Marmo Platano Melandro"	0	1	1
S.C. "Igiene degli Alimenti e Nutrizione"	1	1	-
S.C. "Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica"	0	1	1
S.C. "Laboratorio Analisi Melfi/Venosa"	1	1	-
S.C. "Medicina Ambientale Villa d'Agri"	0	1	1

S.C. "Medicina del Lavoro e Sicurezza ambienti di lavoro"	1	1	-
S.C. "Medicina Fisica e Riabilitazione Venosa"	1	0	- 1
S.C. "Oncologia Critica Terr.le, Cure Domiciliari e Palliative"	1	1	-
S.C. "Pneumologia Territoriale"	1	1	-
S.C. "Centrale Operativa, Elisoccorso, Protocolli Operativi - DEU/118"	0	0	-
S.C. "Radiologia"	1	1	-
S.C. "S.P.D.C. Villa D'Agri - Potenza"	1	1	-
S.C. Farmacologia e Tossicologia "SerD Melfi"	1	1	-
S.C. "CEIMI Venosa"	1	1	-
S.C. Veterinaria - Area A	1	1	-
S.C. Veterinaria - Area B	0	1	1
S.C. Veterinaria - Area C	1	1	-
S.C. Interaziendale "Assistenza Protesica"	0	0	-
Anestesia e Rianimazione	1	1	-
Cardiologia	5	6	1
Chirurgia Generale/Vascolare	0	2	2
Cure Palliative	0	1	1
Dermatologia e Venerologia	1	0	- 1
Direzione Medica di Presidio Ospedaliero	0	0	-
Ematologia	1	0	- 1
Emergenza Sanitaria/118	33	25	- 8
Endocrinologia	5	4	- 1
Farmacologia e Tossicologia Clinica	4	3	- 1
Gastroenterologia/Endoscopia Digestiva	0	1	1

Geriatria	3	3	-
Ginecologia e Ostetricia	5	5	-
Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	7	6	- 1
Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica	32	11	- 21
Malattie dell'Apparato Respiratorio	4	4	-
Medicina del Lavoro e Sicurezza ambienti di lavoro	5	3	- 2
Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	0	0	-
Medicina Fisica e Riabilitazione	6	6	-
Medicina Interna	7	8	1

Medicina Legale	1	2	1
Medicina Trasfusionale	0	0	-
Nefrologia	7	5	- 2
Neonatologia	0	0	-
Neurologia	1	1	-
Neuropsichiatria Infantile	2	4	2
Odontostomatologia	1	0	- 1
Oftalmologia	5	6	1
Oncologia	0	0	-
Organizzazione Servizi Sanitari di Base	8	6	- 2
Ortopedia e Traumatologia	0	0	-
Otorinolaringoiatria	1	0	- 1
Patologia Clinica	0	1	1
Pediatria	4	2	- 2
Psichiatria	19	15	- 4
Radiodiagnostica	7	6	- 1
Reumatologia	1	1	-
Urologia	0	1	1
Scienza dell'Alimentazione e Dietetica	1	0	- 1
Veterinario - Area A	30	27	- 3
Veterinario - Area B	15	9	- 6
Veterinario - Area C	12	16	4
TOTALE DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	254	214	-40

TOTALE DIRIGENZA RUOLO SANITARIO	295	264	-31
DIRIGENZA RUOLO AMMINISTRATIVO			
Dirigente Amministrativo	9	14	5
TOTALE DIRIGENZA RUOLO AMM.VO	9	14	5
DIRIGENZA RUOLO TECNICO			
Dirigente Analista	2	3	1
Dirigente Sociologo	9	4	- 5
Dirigente Statistico	0	0	-
Dirigente Ruolo Tecnico	0	0	-

TOTALE DIRIGENZA RUOLO TECNICO	11	7	-4
DIRIGENZA RUOLO PROFESSIONALE			-
Dirigente Architetto	1	1	-
Dirigente Ingegnere	3	3	-
Dirigente Avvocato	4	3	- 1
TOTALE DIRIGENZA RUOLO PROF.LE	8	7	-1
TOTALE DIRIGENZA TUTTI I RUOLI	323	292	-31
COMPARTO			
COMPARTO RUOLO SANITARIO			
Area degli Assistenti			
Infermiere Generico Esperto	1	0	- 1
Puericultrice Esperta	2	1	- 1
Area dei Professionisti della Salute			-
Infermiere	637	724	87
Infermiere Pediatrico	0	0	-
Fisioterapista	46	39	- 7
Ostetrica	12	20	8
Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	9	11	2
Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	15	21	6
Tecnico della Prevenzione	38	44	6
Assistente Sanitario	3	10	7

Tecnico Audioprotesista	0	0	-
Dietista	11	11	-
Educatore Professionale	23	26	3
Igienista Dentale	1	4	3
Logopedista	10	11	1
Massaggiatore non vedente	0	0	-
Ortottista	8	10	2
Tecnico Neuro e Psicomotricità dell'Età evolutiva	4	5	1
Tecnico Fisiopatologia cardiocircolatoria perfus	0	0	-
Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica	0	5	5
Tecnico di Neurofisiopatologia	0	2	2

Animatore di Comunità	0	0	-
Terapista Occupazionale	0	1	1
Infermiere Senior	16	8	- 8
Ostetrica Senior	0	0	-
Tecnico di Laboratorio Biomedico Senior	0	0	-
Tecnico Sanitario di Radiologia Medica Senior	0	0	-
Fisioterapista Senior	2	1	- 1
Tecnico della Prevenzione Senior	1	0	- 1
TOTALE COMPARTO RUOLO SANITARIO	839	954	115
COMPARTO RUOLO SOCIO SANITARIO			
Area degli Operatori			
Operatore Socio Sanitario	63	96	33
Area dei Professionisti della Salute			-
Collaboratore Professionale Assistente Sociale	34	21	- 13
Collaboratore Professionale Assistente Sociale Senior	8	2	- 6
TOTALE COMPARTO RUOLO SOCIO SANITARIO	105	119	14
COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO			
Area del Personale di Supporto			
Commesso (<i>implementazione part-time</i>)	42	49	7

Coadiutore Amministrativo	60	45	- 15
Area degli Operatori			
Coadiutore Amministrativo Esperto	16	16	-
Area degli Assistenti			-
Assistente Amministrativo	51	73	22
Area dei Funzionari			-
Collaboratore Amministrativo Professionale	62	59	- 3
Collaboratore Amministrativo Professionale - Avvocato	0	0	-
Collaboratore Amministrativo Professionale Senior	5	1	- 4
TOTALE COMPARTO RUOLO AMM.VO	236	243	7
COMPARTO RUOLO TECNICO			
Area del Personale di Supporto			
Ausiliario Specializzato	19	6	- 13
Operatore Tecnico - Vari profili	70	29	- 41
Operatore Tecnico - Addetto Assistenza	3	0	- 3
Area degli Operatori			
Operatore Tecnico Specializzato - Autista ambulanza	221	185	- 36
Operatore Tecnico Specializzato - Vari profili	9	3	- 6
Area degli Assistenti			
Operatore Tecnico Specializzato esperto	2	1	- 1
Assistente Tecnico - Sistemista	0	0	-
Assistente Tecnico - Vari profili	22	23	1
Programmatore	2	2	-
Area dei Funzionari			
Collaboratore Tecnico Professionale - Settori Vari	8	6	- 2
Collaboratore Tecnico Professionale - Sociologo	0	0	-
Collaboratore Tecnico Professionale - Programmatore	1	2	1
Collaboratore Tecnico Professionale - Ingegnere Clinico	0	1	1
Collaboratore Tecnico Professionale - Ingegnere	0	2	2
Collaboratore Tecnico Professionale - Architetto	0	2	2
Collaboratore Tecnico Prof.le - Addetto Comunicazione	0	0	-

Collaboratore Tecnico Professionale Senior	0	0	-
TOTALE COMPARTO RUOLO TECNICO	357	262	-95
COMPARTO RUOLO PROFESSIONALE			
Area dei Funzionari			
Collaboratore Professionale - Assistente Religioso	1	0	- 1
TOTALE COMPARTO RUOLO PROF.LE	1	0	- 1
TOTALE COMPARTO TUTTI I RUOLI	1538	1578	40
TOTALE COMPLESSIVO DIRIGENZA E COMPARTO	1861	1870	9

IL PERSONALE A TEMPO DETERMINATO

Dopo l'ampia e proficua stagione delle stabilizzazioni (che potrà anche nel corso dell'anno 2025 vedere ulteriori applicazioni), 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.

Peraltro, ove abbiano a presentarsi necessità assunzionali di tale tipologia, la previsione "su base annua" delle assunzioni da svolgersi (e che certamente non potranno avverarsi con decorrenza dal gennaio di ciascun anno, ma si definiranno gradualmente, consentendo quindi risparmi di spesa anche notevoli) consente una certa flessibilità che permette immissioni in servizio – previa verifica dei risparmi derivanti dalle mancate assunzioni a tempo indeterminato – anche per altre ragioni (ad es. gravidanze).

ALTRE INFORMAZIONI					
AZIENDA SANITARIA DI POTENZA					
	2025		2026	2027	
	Costo		Costo	Costo	
Prestazioni aggiuntive (art. 55)	1.000.000,00		900.000,00	800.000,00	
Specialisti ambulatoriali	7.000.000,00		7.200.000,00	7.500.000,00	

ALTRE INFORMAZIONI					
AZIENDA SANITARIA DI POTENZA					
Altri contratti flessibili extra dotazione organica	2.870.000,00		2.220.000,00	1.620.000,00	
Formazione lavoro	0		0	0	
Consulenze sanitarie da altre Aziende del SSR	1.050.000,00		1.000.000,00	900.000,00	Riferibili essenzialmente a Convenzioni per anestesisti eliambulanza/118
Consulenze Sanitarie da terzi/altre Aziende del SSN	300.000,00		200.000,00	100.000,00	Riferibili essenzialmente a convenzioni per prestazioni di Psichiatri
CO.CO.CO.	300.000,00		250.000,00	200.000,00	Riferibili essenzialmente a Medici Case Circondariali
Libero - Professionali	200.000,00		250.000,00	250.000,00	
Somministrazione lavoro	1.000.000,00		500.000,00	150.000,00	Riferibili essenzialmente ad autisti di ambulanza
LSU/Borsisti etc.	20.000,00		20.000,00	20.000,00	

■ **Formazione del personale**

OBIETTIVI FORMATIVI AZIENDALI 2025

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 e il completamento delle attività formative approvate nel Piano Formazione 2024 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 summenzionati:

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'adequatezza, 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 (Vedere Allegato A Specifiche contenutistiche). Importo di aggiudicazione euro 831.950,00 IVA esclusa. 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 da iniziarsi entro il mese di gennaio 2025 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.

D) Si ritiene opportuno, inoltre, considerare le attività formative contenute nel Piano Formazione 2024 e non ancora realizzate da potersi comunque attivare nel prossimo biennio su richiesta dei servizi proponenti. La formazione sarà obbligatoria per il personale afferente alla UO promotrice della iniziativa e, qualora si presenti la disponibilità di posti liberi per le iscrizioni, sarà facoltativa per il personale di altri Servizi ovviamente autorizzato dai dirigenti. Si allega il Piano Formazione 2024 (Vedere Allegato B).

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 allega il Piano Formazione 2024 (Vedere Allegato B).

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, mentre il monitoraggio della sottosezione rischi corruttivi e trasparenza avviene, a cura del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, secondo le indicazioni dell'ANAC.

La Sezione Organizzazione e Capitale Umano e la coerenza con gli obiettivi di performance vengono monitorati dall'O.I.V. su base triennale.

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

- Tabella outcome-obiettivi - indicatori-target- annualità 2025

SEZIONE ALLEGATI

Sottosezione Performance:

Tabella Outcome-obiettivi - indicatori-target- annualità 2025

Sottosezione Anticorruzione:

Allegato 1 – Misure di prevenzione specifiche rispetto ai processi mappati 2025-2027-anno 2025

Sottosezione organizzazione e capitale umano:

ALL. 1 - PTFP 2025

ALL. 2 - PTFP 2026

ALL. 3 - PTFP 2027

ALL. 4 - Altre informazioni