

PIAO

**Piano Integrato di
Attività e
Organizzazione**



**2025-2027
Annualità 2025**

SOMMARIO

PREMESSA E RIFERIMENTI NORMATIVI	4
Scheda anagrafica dell'Amministrazione	5
Articolazione dell'USL Umbria n. 2	5
Struttura Organizzativa	6
La USL Umbria n. 2 in cifre	6
Analisi del contesto	8
Analisi demografica	8
Analisi della domanda e dell'offerta dei servizi alla popolazione residente – flussi di mobilità	10
Principali dati economico finanziari	11
Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione	13
Innovazione e Digitalizzazione, Semplificazione e Reingegnerizzazione	14
Potenziamento e riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali ed extra ospedalieri	16
Performance.....	22
Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del piano	47
Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio	47
La misurazione e valutazione della performance	48
Obiettivi operativi assegnati al personale	51
Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione della performance	54
Rischi Corruttivi e Trasparenza	55
Sezione Anticorruzione e Trasparenza.....	60
Gli attori del sistema Aziendale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	61
Organismi Propositivi e Consultivi	70
Quadro delle attività di Prevenzione della Corruzione	72
Obiettivi della Direzione Strategica in materia di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza ..	73
Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio	73
Valutazione del Rischio	78

Le Responsabilità	83
Trasparenza.....	87
Collegamento fra Piano della Performance con il Programma per la Trasparenza e l'integrità e con il Piano della Prevenzione della corruzione	94
Coerenza fra P.T.P.C.T. e trasparenza.....	95
Coerenza fra P.T.P.C.T. e Codice di Comportamento	96
Coerenza fra P.T.P.C.T., piano dei fabbisogni e procedure di reclutamento del personale.....	96
Organizzazione e capitale umano	97
Organizzazione del lavoro agile	97
Piano triennale dei fabbisogni di personale	103
Piano delle azioni positive.....	127

PREMESSA E RIFERIMENTI NORMATIVI

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:

1. gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
2. 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;
3. 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;
4. 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;
5. le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità; e le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

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

SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

ARTICOLAZIONE DELL'USL UMBRIA N. 2

Denominazione	Azienda Sanitaria Locale USL Umbria n. 2
Sede legale	Viale Bramante 37 Terni
Codice fiscale/P.IVA	01499590550
Direttore Generale f.f.	Carsili Piero
Atto aziendale	http://albopretorio.uslumbria2.it/trasparenza_atti/portaldato/albo_files/15546_De_libera_1081.pdf
Personale 2024	3.742
Sito web	www.uslumbria2.it/
URP	telefono: 0744/204610 e 0744/204841 e-mail: urp@uslumbria2.it
PEC	aslumbria2@postacert.umbria.it
Amministrazione Trasparente	https://www.uslumbria2.it/amministrazione-trasparente/amministrazione-trasparente-000
Posta Elettronica Certificata PEC	aslumbria2@postacert.umbria.it
Centralino telefonico	07442041

L'Azienda Sanitaria Locale USL Umbria n. 2 è stata istituita con la Legge Regionale n. 18/2012, legge confluita successivamente nel Testo Unico 9 aprile 2015 n. 11, che riunisce le disposizioni di legge regionali in materia di Sanità e Servizi Sociali.

L'USL Umbria n. 2, dal 1 gennaio 2013, è subentrata alle Aziende sanitarie locali n. 3 e n. 4 dell'Umbria.

L'USL Umbria n. 2 è un'Azienda dotata di personalità giuridica e provvede ad assicurare i livelli essenziali uniformi di assistenza definiti dal Piano Sanitario Nazionale e Regionale.

Il sito internet istituzionale è il seguente: <http://www.uslumbria2.it/>

Il logo aziendale è quello di seguito raffigurato:



La struttura organizzativa aziendale è disciplinata dall'Atto Aziendale reperibile sul sito internet dell'Azienda <http://www.uslumbria2.it/>

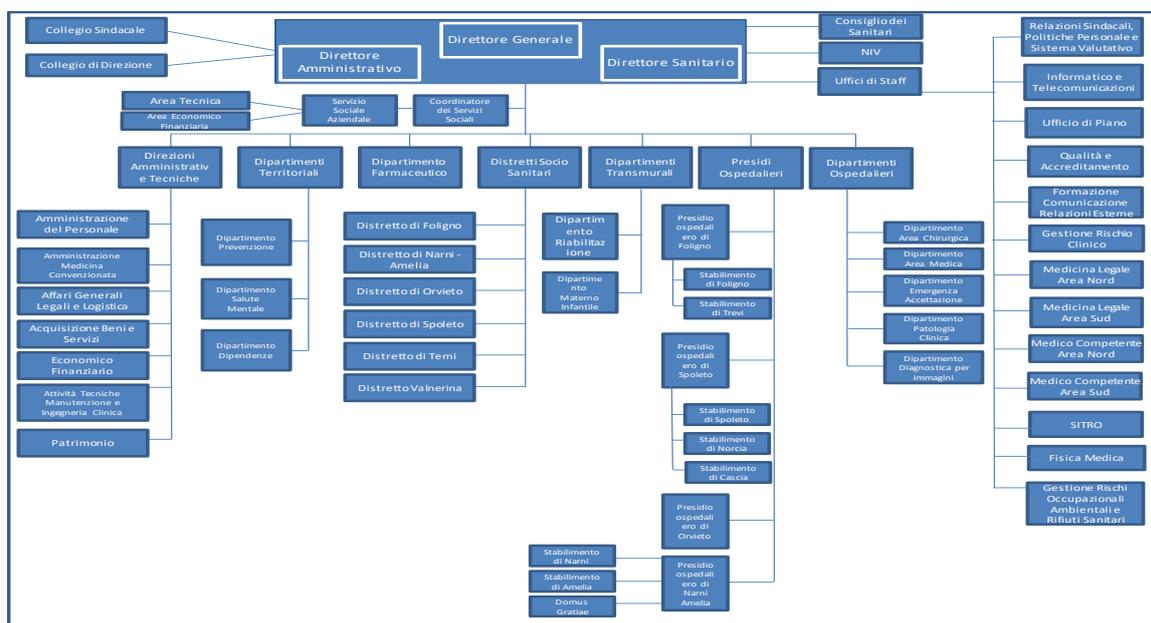
Gli organi aziendali sono:

- il Direttore Generale
- il Collegio Sindacale
- il 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.

L'USL Umbria n. 2 si articola in Servizi dell'Area centrale, Uffici di staff, Distretti, Presidi ospedalieri, Dipartimenti.

Organigramma aziendale



LA USL UMBRIA N. 2 IN CIFRE

DATI GENERALI	NUMERO
Popolazione residente al 31/12/2023	365.388
Comuni	54
Densità per Km ²	88,00
Superficie Km ²	4.152
Costi della produzione (previsione 2025)	719.411.980,95
Valore della produzione (previsione 2025)	733.276.689,56
Personale dipendente 01.01.2024	3.742
Personale convenzionato 01.01.2025	588
Dipartimenti	10
Strutture complesse	63 I
Strutture semplici	120
Distretti	6
Strutture a gestione diretta	255
Strutture a gestione indiretta	142
Costo farmaceutica convenzionata (preconsuntivo 2024)	52.895.851
Costo farmaceutica per acquisti diretti (preconsuntivo 2024)	85.742.333
Costo assistenza protesica (preconsuntivo 2024)	3.482.342
Costo assistenza integrativa (preconsuntivo 2024)	5.570.449
Presidi Ospedalieri	3
Stabilimenti Ospedalieri	10
Posti letto al 31/12/2024	843 *
Ricoveri (dato anno 2024 non definitivo)	28.844
Totale utenti al Pronto Soccorso (dato anno 2024 non definitivo)	108.047
Prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate (dato anno 2024 non definitivo)	744.344
Prestazioni di laboratorio erogate (dato anno 2024 non definitivo)	3.690.656

* I posti letto sono senza le culle; Fonte: HSP12 al 31/12/2024.

L'Azienda opera su un territorio composto da 54 Comuni, con una superficie complessiva di 4.152 Km², con una densità media¹ di 88,10 abitanti per Km² ed è organizzata nei seguenti 6 Distretti:

- Distretto di Terni
- Distretto di Foligno
- Distretto di Narni - Amelia
- Distretto di Spoleto
- Distretto di Orvieto
- Distretto Valnerina

L'Azienda opera mediante 4 Presidi ospedalieri a gestione diretta, 1 casa di cura convenzionata ed 1 struttura Ospedaliera allocata nell'Ospedale di Terni.

I Presidi Ospedalieri a gestione diretta sono:

- Presidio Ospedaliero di Foligno costituito da 2 stabilimenti (Foligno e Trevi)
- Presidio Ospedaliero di Spoleto costituito da 3 stabilimenti (Spoleto, Norcia e Cascia)
- Presidio Ospedaliero di Orvieto
- Presidio Ospedaliero di Narni-Amelia costituito da 3 stabilimenti (Narni, Amelia e Domus Gratiae).

La struttura Ospedaliera allocata nell'Ospedale di Terni è SPDC Terni.

L'Azienda gestisce direttamente n. 843 posti letto. L'USL Umbria n. 2 opera mediante 255 presidi non ospedalieri a gestione diretta e 142 strutture convenzionate, che erogano le diverse tipologie di assistenza.

ANALISI DEL CONTESTO

ANALISI DEMOGRAFICA

L'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 2 opera su un territorio composto da 54 Comuni, con una superficie complessiva di 4.152 Km², con una densità media di 88,00 abitanti per Km². 2

(Fonte: dati Istat al 01/01/2024)



La popolazione complessiva assistita dall’Azienda Umbria n. 2 è pari a 365.388 abitanti. La distribuzione della popolazione per fasce di età, nel periodo 2015-2024, è la seguente:

	Fascia d'età (anni)								USL Umbria n. 2	
	0-14		15-64		65-74		>74			
2024	39.261	10,75%	222.757	60,96%	46.692	12,78%	56.678	15,51%	365.388	100,00%
2023	40.385	11,04%	222.660	60,87%	47.046	12,86%	55.719	15,23%	365.810	100,00%
2022	41.671	11,29%	223.772	60,76%	47.701	12,92%	55.396	15,04%	368.540	100,00%
2021	42.627	11,44%	227.351	61,00%	47.972	12,87%	54.727	14,68%	372.677	100,00%
2020	44.074	11,62%	232.191	61,20%	47.849	12,61%	55.307	14,58%	379.421	100,00%
2019	45.038	11,83%	233.456	61,30%	47.338	12,43%	54.997	14,44%	380.829	100,00%
2018	45.830	11,98%	235.000	61,43%	47.334	12,37%	54.411	14,22%	382.575	100,00%
2017	46.701	12,14%	236.374	61,44%	47.273	12,29%	54.405	14,14%	384.753	100,00%
2016	47.304	12,25%	237.891	61,60%	47.046	12,18%	53.974	13,97%	386.215	100,00%
2015	48.207	12,40%	239.925	61,70%	47.171	12,13%	53.547	13,77%	388.850	100,00%

Fonte: ISTAT

L’indice di invecchiamento mostra come il 28,29% della popolazione aziendale presenti un’età superiore ai 65 anni, con un valore in costante aumento dal 2015 al 2024.

L’indice di vecchiaia si attesta ad un valore di 263,29% nel 2023, progredendo nel corso degli anni.

L’indice di carico sociale stabile nel periodo considerato, si attesta nel 2024 ad un valore del 64,03%.

L’indice di dipendenza giovanile, con tendenza in calo, si attesta nel 2024 ad un valore del 17,63%.

L’indice di dipendenza senile, con tendenza in crescita, si attesta nel 2023 al 46,40%.

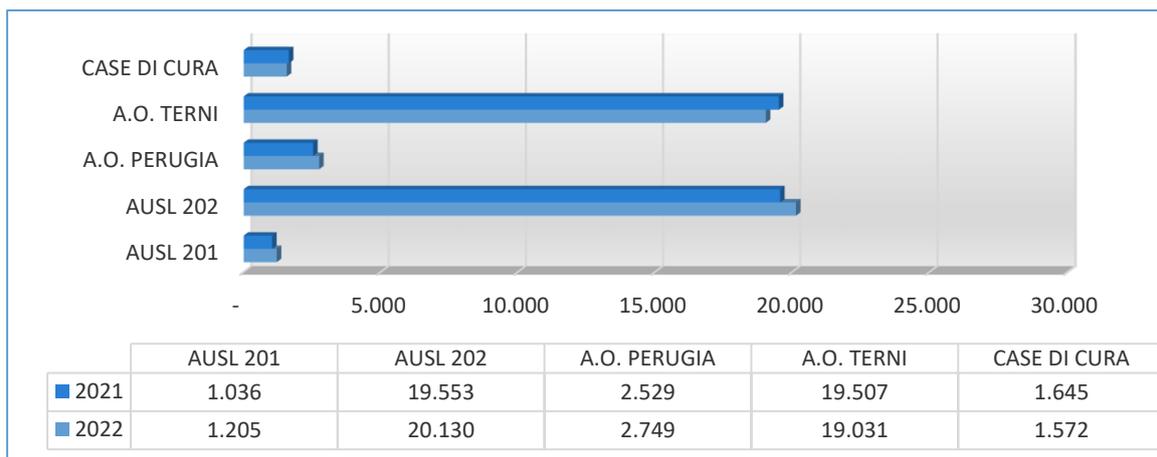
ANNO	INDICE DI INVECCHIAMENTO (popolazione ≥ 65 anni / totale popolazione)	DI INDICE DI VECCHIAIA (popolazione ≥ 65 anni / popolazione 0-14 anni)	DI INDICE DI CARICO SOCIALE (pop. 0-14 anni + pop. ≥ 65 anni) / pop. 15-64 anni)	INDICE DI DIPENDENZA GIOVANILE (pop. 0-14 anni / pop. 15-64 anni)	DI INDICE DI DIPENDENZA SENILE (pop. ≥ 65 anni / pop. 15-64 anni)
2024	28,29%	263,29%	64,03%	17,63%	46,40%
2023	28,09%	254,46%	64,29%	18,14%	46,15%
2022	27,97%	247,41%	64,69%	18,62%	46,07%
2021	27,56%	240,92%	63,92%	18,75%	45,17%
2020	27,19%	234,05%	63,41%	18,98%	44,43%
2019	26,87%	227,22%	63,13%	19,29%	43,83%
2018	26,59%	222,01%	62,80%	19,50%	43,30%
2017	26,43%	217,72%	62,77%	19,76%	43,02%
2016	26,15%	213,56%	62,35%	19,89%	42,47%

ANALISI DELLA DOMANDA E DELL'OFFERTA DEI SERVIZI ALLA POPOLAZIONE RESIDENTE – FLUSSI DI MOBILITÀ

L'attività di ricovero erogata direttamente dall'Azienda USL Umbria n. 2 per i propri residenti è stata pari al 45,05% seguita da quella dell'Azienda Ospedaliera di Terni con il 42,59%, che comprende i DRG di alta specialità.

Il grafico seguente mostra l'andamento dei ricoveri per residenti dell'Azienda USL Umbria n. 2 nelle varie Aziende regionali e nella stessa USL n. 2.

Ricoveri (in strutture umbre)



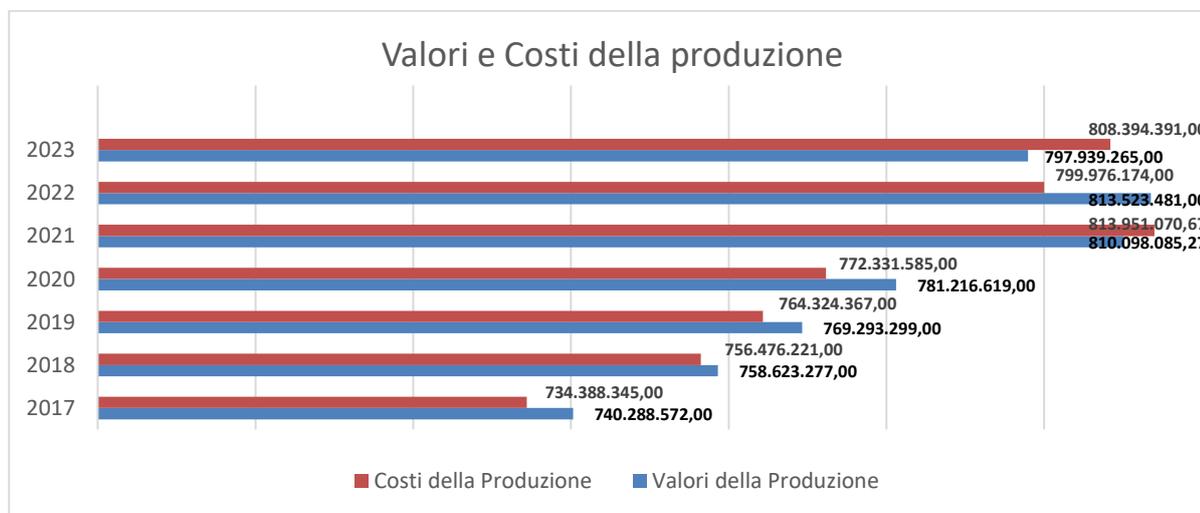
Dato 2023 in corso di elaborazione

PRINCIPALI DATI ECONOMICO FINANZIARI

L'USL Umbria n. 2 elabora i propri bilanci in ottemperanza ai principi contabili per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, nonché in osservanza della normativa contabile vigente. Di seguito si illustrano i risultati economici della gestione degli esercizi contabili precedenti all'anno 2021. Nello specifico, si presenta il confronto dei conti economici 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022 e 2023

DESCRIZIONE	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
A) Valore della Produzione	740.288.572	758.623.277	764.324.367	781.216.619	810.098.085	813.523.481	797.939.265
B) Costi della Produzione	734.388.345	756.476.221	769.293.299	772.331.585	813.951.071	799.976.174	808.394.391
(A-B) Differenza tra valori e costi della produzione	5.900.228	2.147.056	4.968.932	8.885.034	3.816.986	13.547.307	10.455.126
C) Proventi ed oneri finanziari	-2.243	105.763	17	7.225	95	127	206
E) Proventi e oneri straordinari	8.515.797	12.321.543	19.634.859	5.820.535	17.927.070	1.037.497	24.097.547
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	14.413.782	14.574.362	14.665.944	14.712.795	14.058.341	14.454.931	13.642.626
RISULTATO DI ESERCIZIO	81.478	103.112	27.927	61.443	15.838	130.000	16.655

Valori vs Costi della Produzione anni 2017-2023



Da una analisi delle voci di ricavo emerge che il valore della produzione dell'esercizio 2023 è pari a € 797.939.265 in aumento rispetto agli anni precedenti (2023-2022-2021-2020-2019-2018-2017). L'aumento del valore della produzione dell'esercizio 2023 non si correla con una diminuzione dei costi della produzione, che risultano in leggero aumento rispetto agli anni precedenti.

RISULTATO DI ESERCIZIO 2023

Il risultato di esercizio 2023, rilevato in sede consuntiva del conto economico, evidenzia un risultato positivo (utile di esercizio: 16.655 euro).

Dati economici e finanziari - Anno 2023

Costi per livello di assistenza	assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	30.957 (importo €/1000)
	assistenza distrettuale	459.369 (importo €/1000)
	assistenza ospedaliera	324.157 (importo €/1000)
Costi per il personale		202.878.442
Costi di produzione		808.394.391
Valore della produzione		797.939.265
Differenza tra valori e costi della produzione		10.455.126
Utile dell'esercizio		16.655

GLI INVESTIMENTI

L'Azienda USL Umbria n. 2 è costituita da stabilimenti sede di DEA di 1° livello e da ospedali territoriali. Inoltre sono presenti strutture "territoriali" (Residenze Sanitarie Assistenziali, Poliambulatori, Distretti, Strutture per il disagio mentale, etc.) e da strutture con funzioni di supporto alle attività sanitarie (le sedi delle strutture tecnico-amministrative).

La scelta specifica degli investimenti, è stata definita dal:

- privilegiare l'adeguamento alle norme di sicurezza ed ai requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie;
- privilegiare gli interventi che, nel rispetto delle linee direttrici del Piano Sanitario Regionale, mirino all'adeguamento alle disposizioni normative – prevenzione incendi, vulnerabilità sismica, efficienza energetica.

Un grosso impegno è stato riservato agli investimenti tecnologici soprattutto per adeguare la strumentazione, con rinnovamento delle apparecchiature obsolete e per dotare le strutture di tecnologie e di strumenti idonei allo svolgimento delle attività clinico-sanitarie, per il miglioramento della qualità delle prestazioni e la sicurezza degli ambienti di lavoro e delle cure. Con tali principi ispiratori è stato definito il piano investimenti triennale, che utilizzando fondi propri e fondi finalizzati ha previsto un programma di acquisti per diverse strutture aziendali.

VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

L'Azienda Sanitaria Usl Umbria 2 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.

La tutela della salute è un diritto costituzionale ed è il significato centrale di valore pubblico della sanità nella sua accezione più ampia. Si traduce in obiettivi di salute che vengono declinati in obiettivi strategici su base regionale e aziendale e quindi ricondotti in obiettivi operativi aziendali e di singola U.O.

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 Umbria 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 e 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.

Questi interventi hanno lo scopo di garantire la necessaria affidabilità dell'infrastruttura tecnologica in ottica di miglioramento degli aspetti di Sicurezza e Privacy e di predisposizione di piattaforme aggiornate e in linea con i più recenti standard tecnologici che possano poi garantire una progressiva migrazione verso il datacenter e/o verso il cloud (con particolare riferimento al costituendo PSN – Polo Strategico Nazionale).

In tale ottica l'Azienda ha operato una parziale migrazione dei propri sistemi verso il Data Center Regione Umbria (DCRU) al fine di aumentare i livelli di disponibilità e sicurezza dei propri sistemi. Tale attività proseguirà nelle prossime annualità anche in funzione dei progetti previsti nell'ambito del PNRR M6.C2 – 1.1.1. AMMODERNAMENTO DEL PARCO TECNOLOGICO E

Nell'ambito di questa missione/componente sono stati assegnati alla Regione Umbria complessivamente 19.434.761,98 € di cui la quota parte spettante all'Azienda USL Umbria 2 sarà pari a 4.935.405,50 €.

Attraverso tali risorse la Regione Umbria e le Aziende Sanitarie intendono procedere alla realizzazione dei seguenti progetti:

- LIS per la gestione dei laboratori di analisi a carattere regionale;
- RIS/PACS per la diagnostica per immagini a carattere regionale;
- Anatomia patologica digitale a carattere regionale;
- Immuno-Trasfusionale a carattere regionale;
- MPI - Middleware - Repository - Order Entry a carattere regionale;
- Potenziamento CCE e integrazioni HIS a carattere aziendale;

- M6.C1 – 1.2.2 Casa come primo luogo di cura: Centrali operative territoriali-Interconnessione.

Gli obiettivi strategici di questi progetti, condivisi a livello regionale e tra tutte le Aziende Sanitarie sono:

- 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. Definire un’organizzazione del sistema informativo flessibile e dinamica anche in vista dei cambiamenti imposti dal futuro Piano Sanitario Regionale
- d. Omogeneizzare e rendere uniforme l’erogazione dei servizi digitali su tutte le Aziende Sanitarie e di conseguenza per tutti i cittadini

I dati raccolti dai Sistemi Informativi di ogni azienda rappresentano un patrimonio importantissimo che deve essere messo a disposizione di tutta la struttura sanitaria, oltre che resa accessibile agli stessi pazienti in un modo facilmente accessibile e aggregato. Per questo Regione Umbria sta promuovendo una revisione delle infrastrutture informatiche delle aziende sanitarie per adeguarsi agli standard di mercato nati proprio con lo scopo di rendere possibile la cooperazione applicativa tra i diversi sistemi.

Pertanto sono individuati come prioritari gli interventi mirati:

- all’evoluzione del Fascicolo Sanitario Elettronico
- alla più ampia diffusione di applicativi software di cartella clinica informatizzata in tutti i setting assistenziali, alla informatizzazione dei PDTA (percorsi diagnostica terapeutici assistenziali), delle reti delle patologie e della presa in carico dei cronici;
- alla capillare dematerializzazione della documentazione sanitaria ed amministrativa;
- alla diffusione sistemica dei sistemi di telemedicina in accordo con le linee guida nazionali e regionali;
- all’empowerment del paziente, mediante sia l’evoluzione di sistemi di interazione con il sistema sanitario soprattutto in mobilità (app) e l’utilizzo di sistemi di rilevazione (anche in remoto) di parametri vitali e clinici;
- alla diffusione di strumenti di governance per finalità di ricerca, programmazione e gestione sanitaria basate su piattaforme di data warehouse (viste di sintesi per area/ambito, viste di dettaglio, indicatori di appropriatezza e performance generali e specifici);
- ad un maggior controllo a livello regionale dei fattori di produzione, mediante la realizzazione di un sistema regionale di monitoraggio contabile delle Aziende sanitarie; a favorire l’interoperabilità tra i sistemi informativi.



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.

Le linee di sviluppo immaginate da questa Azienda, in attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza – Missione 6c1, sulla base della conoscenza del territorio, dei fabbisogni sanitari e socio-sanitari, dei rapporti con gli Enti locali, della storia anche recente prevedono di insediare le nuove unità di offerta nell'ambito di strutture già di proprietà della USL Umbria 2, in modo di integrare gli asset esistenti e non disperdere gli investimenti effettuati dal SSR. Nel contempo tali indirizzi per i nuovi investimenti PNRR sono anche integrati con il piano investimenti in corso e in programmazione sia con risorse proprie regionali che con le risorse derivanti dal piano nazionale di edilizia sanitaria, nonché con gli interventi avviati a seguito DL 34/2020 per l'emergenza Covid.

Si prevedono per il triennio di riferimento gli interventi riportati nella seguente tabella:

COMPONENT 1									
CASE DELLA COMUNITA' (CdC)									
Comune	Localizzazione	Tipologia	Ex art. 20	Specifici Aziendali	Altre fonti	Finanziamenti		Note inerenti intervento finanziato con PNRR	Superficie lorda afferente la Casa di Comunità
						PNRR	ToT. Finanziamento		
Montefalco	Via Ringhiera Umbra	CASA di comunità	572.000,00	350.000,00		300.000,00	1.222.000,00		mq. 776
Spoletto	Via Aldo Manna	CASA di comunità				300.000,00	300.000,00		mq. 1320
Nocera Umbra	Via Martiri della Libertà snc	CASA di comunità				700.000,00	700.000,00		mq. 1050 (senza galleria di collegamento)
Norcia	Via dell'Ospedale	CASA di comunità			Sisma 9.400.000,00 Importo per intervento complessivo su intero immobile (Casa di Comunità e Ospedale di Comunità)	198.250,00	9.598.250,00	€ 112.000: Intervento Edile € 86.250: Arredi	mq.997 (Porzione piano seminterrato)

COMPONENT 1									
CASE DELLA COMUNITA' (CdC)									
					Finanziamenti				
Cascia	Via Giovanni XXIII	CASA di comunità			Sisma 9.559.048,00 Importo per intervento complessivo su intero immobile (Casa di Comunità e Ospedale di Comunità	157.250,00	9.716.298,00	€ 71.000: Intervento Edile € 86.250: Arredi	mq. 733 Porzione Piano Terra
Terni	Viale Trieste	CASA di comunità				3.480.000,00	3.480.000,00		mq 1600
Amelia	Via 1° Maggio	CASA di comunità				2.344.012,50	2.344.012,50	Intervento di ristrutturazione su mq 530 esistenti oltre esistenti oltre ampliamento di mq200 ca nuova costruzione - Importo complessivo di €2.344.020,6 composto da: €2.196.750 Intervento edilizio + 147.262,50 arredi	mq 730

COMPONENT 1									
CASE DELLA COMUNITA' (CdC)									
Finanziamenti									
Comune	Localizzazione	Tipologia	Ex art. 20	Specifici Aziendali	Altre fonti	PNRR	ToT. Finanziamento	Note inerenti intervento finanziato con PNRR	Superficie lorda afferente la Casa di Comunità
Narni	Fuori Porta Ternana	CASA di comunità				3.295.012,50	3.295.012,50	Intervento su immobile -ex Mattatoio - di proprietà del Comune di Narni da dare in Concessione all'Azienda USL Umbria 2 con le finalità Casa di Comunità in Narno - Importo complessivo pari a € 3.295.012,5 composto da € 3.147.750 Intervento edilizio € 147.262,50 arredi	mq 890
Orvieto	Piazza Duomo	CASA di comunità				3.275.000,00	3.275.000,00		mq1000
Fabro	Via Gramsci	CASA di comunità				676.725,00	676.725,00		mq425
Fondi disponibili PNRR Interventi AUSL 2						14.726.250,00			
OSPEDALI DI COMUNITA' (CdC)									
Comune	Localizzazione	Tipologia	Ex art. 20	Specifici Aziendali	Altre fonti	PNRR	ToT. Finanziamento	Note inerenti intervento finanziato con PNRR	Superficie lorda afferente la Casa di Comunità
Montefalco	Via Ringhiera Umbra	OSPEDALE di comunità				4.779.290,07	4.779.290,07	€ 4.614.290,07 Lavori e 165.000,00 per arredi	mq. 1722

COMPONENT 1									
CASE DELLA COMUNITA' (CdC)									
					Finanziamenti				
Norcia	Via dell'Ospedale	OSPEDALE di comunità			Sisma 9.400.000,00 Importo per intervento complessivo su intero immobile (Casa di Comunità e Ospedale di Comunità)		9.400.000,00		mq. 2389,80 (Porzione Piano Seminterrato + Intero Piano Terra)
Cascia	Via Giovanni XXIII	OSPEDALE di comunità			Sisma 9.559.048,00 Importo per intervento complessivo su intero immobile (Casa di Comunità e Ospedale di Comunità)		9.559.048,00		mq. 2143 Porzione Piano Terra+ Piano primo + Piano Secondo
Terni	Viale Trieste	OSPEDALE di comunità				680.954,65	680.954,65	Lotto funzionale € 680.954,65 realizzazione nuovo edificio di collegamento tra edifici esistenti	area sedime collegamento mq 500
Orvieto	Piazza Duomo	OSPEDALE di comunità				4.442.022,68	4.442.022,68	€ 4.217.042,48 Lavori e 224.980,20 per arredi	mq 1880
Fondi disponibili PNRR Interventi AUSL 2						9.902.267,40			

CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)										
Comune	Localizzazione	Tipologia	Finanziamenti							
			Ex art. 20	PNRR			ToT. Finanziamento	Note inerenti intervento finanziato con PNRR	Superficie Lorda afferente la Centrale Operativa Territoriale	
				Infrastruttura edilizia	Interconnessione aziendale	Device				
SPOLETO	Via Aldo Manna	Spoke Modulo 1		73.075,00	71.071,00	96.716,00	240.862,00		50	
SPOLETO	Via Aldo Manna	Spoke Modulo 2		73.075,00	71.071,00	96.716,00	240.862,00		50	
Terni	Viale Trieste	Spoke Modulo 1		273.075,00	71.071,00	96.716,00	440.862,00		100	
Terni	Viale Trieste	Spoke Modulo 2		273.075,00	71.071,00	96.716,00	440.862,00		100	
Fondi disponibili PNRR Interventi AUSL 2				692.300,00	284.284,00	386.864,00				
COMPONENT 2										
Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile - PNRR										
				Finanziamenti						
Comune	Localizzazione	Tipologia	Ex art. 20	Specifici Aziendali	Altre fonti	PNRR	ToT. Finanziamento	Note inerenti intervento finanziato con PNRR	Superficie lorda afferente la Casa di Comunità	
Orvieto	Loc. Ciconia	OSPEDALE	-			7.347.053,05	7.347.053,05		mq 25235	
Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile - PNC										
				Finanziamenti						
Comune	Localizzazione	Tipologia	Ex art. 20	Specifici Aziendali	Altre fonti	PNC	ToT. Finanziamento	Note inerenti intervento finanziato con PNRR	Superficie lorda afferente la Casa di Comunità	
Foligno	Via Massimo Arcamone	OSPEDALE				19.433.287,73	19.433.287,73		mq 58336	

PERFORMANCE

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 regionale e dal ciclo di programmazione aziendale.

In attesa dell'adozione del nuovo PSSR in fase di redazione sono stati assegnati ai Direttori Generali gli obiettivi per l'anno 2024 con DGR n.759 del 01/08/2024.

Tali obiettivi sono stati presi come base per la programmazione dell'anno 2025 anche se potranno essere integrati e/aggiornati in corso d'anno.

n° obiettivo generale	Descrizione Obiettivo generale	Codice obiettivo specifico	Area Funzionale	Azioni previste (obiettivo specifico)	Indicatore	Tempi di attuazione	Risultato atteso Aziende
1	Qualità ed affidabilità del dato contabile	O01	Trasversale	Monitoraggio e controllo continuo della corretta alimentazione dei dati economici nei Modelli ministeriali di rilevazione	1. (Costo della produzione a IV trimestre- Costo della produzione a III trimestre)/Costo della produzione a III trimestre) ≤10% 2. (Costo della produzione a Consuntivo- Costo della produzione a IV trimestre)/Costo della produzione a IV trimestre) ≤5%	Scadenza del trimestre di riferimento	Due obiettivi raggiunti risultato 100% Se solo il secondo risultato 80% Nessun obiettivo raggiunto risultato 0%
2	Attuazione dei reclutamenti previsti dalla programmazione aziendale (PTFP 2025 - 2026) nel rispetto del tetto di spesa per il personale	O02	Trasversale	Trasmissione al Servizio "Amministrativo e Risorse umane del SSR" entro il 31.01.2025 della rendicontazione del rispetto del tetto di spesa del personale come definito, per ciascuna Azienda, dalla DGR 581 del 23 giugno 2021 e trasmissione bimestrale (entro il 10 del mese successivo) dei monitoraggi sullo stato di attuazione dei reclutamenti oltre il turn over previsti per l'anno 2025 dai rispettivi PTFP 2025-2027	Attuazione del rispetto del tetto di spesa assegnato, con monitoraggio trimestrale, e invio dei monitoraggi bimestrali dello stato di attuazione dei reclutamenti oltre il turn over previsti per l'anno 2025 dai rispettivi PTFP 2025-2027 con riferimento al 31.08.2025 al 31.10.2025 e al 31.12.2025.	31/12/2025	rispetto del tetto di spesa e rispetto scadenze invio monitoraggi trimestrali < 100% = 0% risultato 100% rispetto del tetto ma rispetto scadenze invio monitoraggi trimestrali < 100% = 90% risultato 100% rispetto del tetto di spesa e rispetto scadenze invio monitoraggi trimestrali = 100% risultato
3	Attuazione interventi	O03a	Trasversale	Coordinamento aziendale PNRR	Delibera DG nomina Coordinatore PNRR entro il 31.08.2024	31/8/2024	Trasmissione DDG entro 31.08.2024 = 100% risultato

	PNRR missione 6 Salute	O03b	Trasversale		Pec di trasmissione alla Direzione Salute e Welfare verbali mensili delle riunioni di coordinamento da cui si evincano le criticità presenti, le azioni di miglioramento intraprese, il livello di raggiungimento degli obiettivi sulle diverse linee di intervento.	31/12/2024	Trasmissione 5 verbali mensili = 100% risultato (a partire da luglio)
4	Attuazione interventi PNRR missione 6 Salute - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA e Grandi Apparecchiature)	O04a	Ospedale	Emissione degli Ordini Diretti di Acquisto (ODA) degli interventi relativi alla digitalizzazione DEA I e II livello	Emissione degli ODA per almeno il 75% del finanziamento assegnato entro il 30.09.2025 (salvo fattori indipendenti dall'Azienda per cui viene eliminato dal calcolo ODA non emmissibile)	30/9/2025	75% ODA entro 30.09.2024 = 100% risultato (salvo fattori indipendenti dall'azienda per cui viene eliminato dal calcolo ODA non emmissibile)
		O04b	Ospedale		Emissione degli ODA del 100% del finanziamento assegnato entro il 31.12.2025 (salvo fattori indipendenti dall'Azienda per cui viene eliminato dal calcolo ODA non emmissibile)	31/12/2025	100% ODA = 100% risultato < 100% = uguale % di raggiungimento (salvo fattori indipendenti dall'azienda per cui viene eliminato dal calcolo ODA non emmissibile)
		O04c	Ospedale	Operatività delle grandi apparecchiature sanitarie	Adozione e caricamento in Regis del set informativo previsto dal meccanismo di verifica ai sensi delle linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR acquisite al prot. reg. n. 43317-2024	20/12/2025	ASL 2 100% = Adozione e caricamento in Regis del set informativo per n. 15 Gr. App.
5	Attuazione interventi PNRR missione 6 Salute - FSE	O05	Trasversale	Formazione del personale su FSE e relative attività di comunicazione	Attivazione dei Corsi di Formazione e correlate attività di comunicazione nel rispetto della programmazione CUF con formazione del numero degli operatori previsti per il 2024	31/12/2024	100% adesione = 100% risultato
6	Attuazione interventi PNRR missione 6 Salute - FIO	O06	Ospedale	Formazione del personale sulle infezioni ospedaliere	Completamento delle procedure di registrazione per i corsi di formazione sulle infezioni ospedaliere entro il 30.09.2024	30/9/2024	100% = 100% risultato
7	Attuazione interventi PNRR missione 6 Salute	O07	Trasversale	Corretta implementazione di Regis	Prevalidazione con esito ok entro il giorno 10 di ogni mese	31/12/2024	0 KO = 100% risultato; 1-10 KO = 75% risultato; 11-20 KO = 50% risultato; >20 KO = 0% risultato
8	Attuazione interventi PNRR missione 6 Salute	O08	Trasversale	Rendicontazione delle spese	Rendicontazione su Regis delle spese sostenute entro 60 gg dall'emissione del mandato di pagamento	31/12/2024	100% = 100% risultato
9	M1C11.5 – Potenziamento della resilienza cyber della sanità umbra CUP I64F22000070 006	O09a	Trasversale	Partecipazione alla campagna di awareness per personale e per il management direzionale	Messa a disposizione delle email aziendali del personale aziendale nella piattaforma per la campagna di awareness.	31/8/2024	97% delle email messe a disposizione entro il 31.08.2024 =100% risultato
		O09b	Trasversale		Partecipazione della Direzione Generale, Sanitaria e Amministrativa alle due giornate di 8 ore di corsi volti all'innalzamento della consapevolezza del rischio clinico connesso al rischio cyber.	30/11/2024	100% = 100% risultato

10	Miglioramento performance del sistema	O10	Trasversale	Miglioramento delle Performance dell'Azienda e Raggiungimento obiettivi di performance (NSG, MeS) individuati con DD n. 2995 del 15.3.2024	Per gli indicatori MES mantenere/migliorare se in fascia Ottima, Media, Buona; pervenire almeno alla fascia Buona se in fascia Scarsa o Molto Scarsa per gli obiettivi individuati per l'azienda.	31/12/2024	100 % = 100% risultato < 100% = % risultato uguale % di raggiungimento Si calcola valore del singolo indicatore attribuendo punteggio di fascia Ottima=100%; Buona=80%; Media=60%; Scarsa e Molto Scarsa= 0% solo se da Molto Scarsa a Scarsa =20%. La somma dei punteggi da il risultato
11	Raggiungimento obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione previsti per il 2024	O11	Prevenzione	L'obiettivo è raggiunto se sono soddisfatti gli indicatori del PRP	N. Azioni-Interventi-Obiettivi raggiunti/ N. Azioni-Interventi-Obiettivi previsti dalla programmazione =100% (Azioni-Interventi-Obiettivi sono definiti per singolo PP e PL con i referenti individuati)	31/12/2024	100% = 100% risultato < 100% = % risultato uguale % di raggiungimento
12	Raggiungimento obiettivi previsti per la programmazione ospedaliera di cui alla DGR n. 1399/2023	O12	Ospedali era	L'obiettivo è raggiunto se sono soddisfatti gli indicatori del Piano	N. Azioni-Interventi-Obiettivi raggiunti/ N. Azioni-Interventi-Obiettivi previsti dalla programmazione =100% secondo il cronoprogramma di cui alla DGR n. 1399/2023 e la DD n. 2995/2024	31/12/2024	100% = 100% risultato < 100% = % risultato uguale % di raggiungimento
13	Raggiungimento obiettivi previsti per la programmazione territoriale di cui alla DGR n. 1329/2022	O13	Territorio	L'obiettivo è raggiunto se sono soddisfatti gli indicatori del Piano	Indicatori specifici per USL: - attivazione OdC intraospedalieri e allineamento funzionamento alle Linee guida regionali - attivazione COT e allineamento funzionamento alle Linee guida regionali - raggiungimento target presa in carico anziani over 65 in ADI	31/12/2024	100% = 100% risultato < 100% = % risultato uguale % di raggiungimento
14	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	O14a	Trasversale	Controllo e Contenimento Spesa Farmaceutica - Acquisti diretti	Spesa acquisti diretti 2024 <= al valore del 2023, corrispondente a livello regionale al mantenimento /riduzione dell'incidenza % dello scostamento al FSR pari a 11,85 (al netto dei Gas medicali) come da rapporto AIFA gennaio-novembre 2023	31/12/2024	≤ al dato 2023 raggiungimento del risultato pari al 100% scostamento del dato 2023 entro del 10% raggiungimento del risultato pari al 80% scostamento superiore al 10% raggiungimento del risultato pari a 0%
		O14b	Trasversale	Controllo e Contenimento spesa Dispositivi Medici	il rapporto della spesa del Modello "CE BA0210 - B.1A3 (Dispositivi medici, dispositivi medici impiantabili attivi, dispositivi medico diagnostici in vitro) Valore Economico DRG chirurgici deve rimanere pari o inferiore a quello del 2023. Per le ASL, il costo dei Dispositivi medici va considerato al netto dei costi relativi ai dispositivi medici per l'assistenza territoriale [es. prodotti per assorbenza, prodotti per i pazienti diabetici, (DGR n.	1/1/2025	≤ al dato 2023 raggiungimento del risultato pari al 100% scostamento del dato 2023 entro del 10% raggiungimento del risultato pari al 80% scostamento superiore al 10% raggiungimento del risultato pari a 0%

					1411/2016) e materiali vari, ecc.]		
15	Governo delle liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali e delle liste di attesa chirurgiche	O15a	Territori o- Ospedali	Governo delle liste di attesa e rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	Azzeramento percorsi di tutela annualità 2022-2023 Diminuzione dei PDT registrati nell'anno 2024 con residuo al 31.12.2024 di max 10.000 Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni sottoposte a monitoraggio > 90% per le classi U,B e D	31/12/2024	1) PDT = 0 del 2022-2023; Residuo P.D.T. 2024 < 10.000; rispetto tempi di attesa per le classi U;B; D > 90% = 100% risultato 2) PDT = 0 del 2022-2023; Residuo P.D.T. 2024 compreso 10.000 - 15.000; Rispetto tempi di attesa per le classi U;B; D > 80% = 80% risultato 3) P.D.T. 2024 > 15.000; rispetto tempi di attesa per le classi U;B; D < 80 = 0% risultato
		O15b	Ospedale	Governo delle liste di attesa e rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni chirurgiche	Azzeramento interventi chirurgici inseriti in lista di attesa ante 2023 Recupero interventi chirurgici anno 2023 definendo specifico programma operativo Rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore maligno > 90% Passaggio degli interventi chirurgici dal setting di ricovero al setting ambulatoriale come da DGR 194/2024 (100% Tipo 1, 100% Tipo 2, rispetto % ammissibilità Tipo 3) (questo obiettivo è misurato con i controlli esterni)	31/12/2024	1) Residuo interventi chirurgici ante 2023 = 0; Residuo interventi chirurgici 2023 pari alla % del piano operativo; rispetto tempi di attesa per le classe A per tumori > 90% = 100% risultato 2) Residuo interventi chirurgici ante 2023 = 0;; Residuo interventi chirurgici 2023 inferiore alla % del piano operativo; rispetto tempi di attesa per le classe A per tumori > 85% = 80% risultato 3) Residuo interventi chirurgici ante 2023 = 0;; Residuo interventi chirurgici 2023 inferiore alla % del piano operativo; rispetto tempi di attesa per le classe A per tumori < 80% = 0% risultato
16	Controlli sulla qualità delle prestazioni sanitarie erogate	O16	Ospedale	Effettuazione controlli esterni (concordanza SDO-Cartella clinica e appropriatezza) da parte del TEAM individuato per Azienda completamento anno 2023 (entro 30.4.2024) e avvio anno 2024 (almeno I° e II° trimestre 2024)	N. cartelle controllate/n. cartelle assegnate per il controllo entro 31.12.2024	31/12/2024	100% = 100% risultato < 100% = % risultato uguale % di raggiungimento

L'Azienda USL Umbria n. 2:

- agisce, in collaborazione con altri soggetti, per la promozione, la produzione ed il mantenimento dello stato di salute dei cittadini;

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione Azienda Sanitaria USL Umbria 2

2025-2027- Annualità 2025

Direttore Generale f.f Dott. Piero Carsili

- gestisce le risorse che le sono affidate adottando criteri di efficacia, di efficienza ed equità operando con trasparenza e favorendo la partecipazione nella definizione delle scelte e nella valutazione dei risultati;
- persegue la valorizzazione del proprio capitale di tecnologie e di professionisti come competenze distintive dedicate alla gestione e produzione di servizi sanitari.

La missione strategica dell’Azienda è quella di soddisfare i bisogni e le aspettative di salute dei cittadini, garantendo le prestazioni previste dai livelli essenziali di assistenza nonché quelle integrative eventualmente stabilite dalla Regione, secondo i principi di equità nell’accesso, appropriatezza e tempestività delle cure, rispetto della dignità umana ed in condizioni di sicurezza.

La visione strategica dell’Azienda è improntata a sviluppare integrazioni, alleanze e sinergie sia all’interno dell’organizzazione aziendale sia all’esterno, con le altre aziende sanitarie regionali e gli enti locali, nonché con tutti gli altri “stakeholders”, per la crescita di un sistema a rete dei servizi sanitari, socio sanitari e sociali regionali per migliorare l’offerta dei servizi per la salute, in un’ottica di incremento delle condizioni di uguali opportunità e di tensione continua al miglioramento dei prodotti e dei risultati. In questo senso l’Azienda è inoltre interessata a sviluppare e valorizzare il capitale dei professionisti, il loro impegno nel fornire prestazioni di eccellenza e nel sostenere i valori assunti come fondanti.

L’albero della performance è una mappa logica che rappresenta i legami tra mandato istituzionale, missione, vision, aree strategiche, obiettivi strategici e piani d’azione. Esso fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica e integrata della performance dell’organizzazione.

Di seguito è rappresentato graficamente l’albero della performance dell’Azienda USL Umbria n. 2, con l’indicazione delle 6 aree strategiche e le macroarticolazioni interessate.

PROMOZIONE E TUTELA DELLA SALUTE DELLA POPOLAZIONE ASSICURANDO LA GARANZIA DEI LEA IN CONDIZIONI DI EFFICACIA E SICUREZZA NEL RISPETTO DEI PRINCIPI DI EFFICIENZA						MISSIONE AZIENDALE
GOVERNARE L'EQUILIBRIO ECONOMICO FINANZIARIO (Obiettivi A) TETTO SPESA	MIGLIORARE LA QUALITA' DEI DATI E GOVERNO DEI FLUSSI INFORMATIVI (Obiettivi B) FLUSSI E MONITORAGGI	SVILUPPARE E INNOVARE I PROCESSI ORGANIZZATIVI AZIENDALI (Obiettivi C)	GARANTIRE L'EROGAZIONE DELLE ATTIVITA' SPECIFICHE (Obiettivi D)	PROMUOVERE LA SALUTE, LA QUALITA', L'APPROPRIATEZZA E LA SICUREZZA DELLE CURE (Obiettivi E)	PROMUOVERE LO SVILUPPO DELLE STRUTTURE E LA CULTURA GESTIONALE E PROFESSIONALE DEL PERSONALE (Obiettivi F)	AREE STRATEGICHE
RAZIONALIZZAZIONI E DEI COSTI E DEI PROCESSI PER L'ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI	QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI DI P. PREVENZIONE	INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA SERVIZI PREVENZIONE	OBIETTIVI DI ATTIVITA' DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	GARANZIA E SVILUPPO DEL SGQ	PROMUOVERE CULTURA E PRASSI IN TEMI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	SUB AREE STRATEGICHE
GESTIONE CICLO PASSIVO	QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI ASSISTENZA TERRITORIALE	INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA DISTRETTI	OBIETTIVI DI ATTIVITA' DEL TERRITORIO	PROMOZIONE CULTURA E PRASSI NELLA GESTIONE DEL RISCHIO	PROMUOVERE CULTURA E PRASSI IN TEMI DI PROMOZIONE DELLA TRASPARENZA E INTEGRITA'	
GESTIONE CO.AN.	QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI INFORMATIVI SPECIALISTICA AMBULATORIALE, 118 E PS	INNOVAZIONE DEI PROCESSI INTEGRAZIONE TERRITORIO OSPEDALE	OBIETTIVI DI ATTIVITA' OSPEDALIERE	GARANZIA DELLA GESTIONE APPROPRIATA NELL'UTILIZZO DEI BENI SANITARI	PROMUOVERE LA FORMAZIONE E L'AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE	
CONTENIMENTO COSTI DI COMPETENZA	QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI INFORMATIVI DEI RICOVERI	INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA PRESIDI ORSPEDALIERI	OBIETTIVI DI ATTIVITA' AMBULATORIALI	PROMOZIONE ED EDUCAZIONE DELLA SALUTE	PROMUOVERE LO SVILUPPO E L'ADEGUAMENTO TECNICO E TECNOLOGICO	
GESTIONE PROGETTI	QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI DI GOVERNO	INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA AREA CENTRALE E TRASVERSAE	OBIETTIVI DI ATTIVITA' AREA CENTRALE E TRASVERSALI	MIGLIORAMENTO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI	PROMUOVERE L'ADEGUAMENTO E L'AMMODERNAMENTO STRUTTURALE	
OBIETTIVI INDICATORI VALORE NEGOZIATO	OBIETTIVI INDICATORI VALORE NEGOZIATO	OBIETTIVI INDICATORI VALORE NEGOZIATO	OBIETTIVI INDICATORI VALORE NEGOZIATO	OBIETTIVI INDICATORI VALORE NEGOZIATO	OBIETTIVI INDICATORI VALORE NEGOZIATO	
AREA CENTRALE	AREA CENTRALE	AREA CENTRALE	AREA CENTRALE	AREA CENTRALE	AREA CENTRALE	ASSEGNAZIONE ALLE STRUTTURE AZIENDALI
AREA PREVENZIONE	AREA PREVENZIONE	AREA PREVENZIONE	AREA PREVENZIONE	AREA PREVENZIONE	AREA PREVENZIONE	
AREA TERRITORIALE	AREA TERRITORIALE	AREA TERRITORIALE	AREA TERRITORIALE	AREA TERRITORIALE	AREA TERRITORIALE	
AREA OSPEDALIERA	AREA OSPEDALIERA	AREA OSPEDALIERA	AREA OSPEDALIERA	AREA OSPEDALIERA	AREA OSPEDALIERA	

Tutti gli obiettivi di performance (identificati con codici) individuati nelle aree strategiche (identificate con lettera) e nelle sub-aree strategiche (5 per ogni area identificate con la stessa lettera dell'area e il numero progressivo) sono dettagliati nelle tabelle successive. Per ogni obiettivo è posto il valore target per gli anni di riferimento del triennio.

Obiettivi AREA STRATEGICA A - GOVERNARE L'EQUILIBRIO ECONOMICO FINANZIARIO

COD. RELAZIONE	OBIETTIVI	INDICATORE	VALORE NEGOZIATO		
			2025	2026	2027
A.1	Costante verifica dei Prezzi di riferimento Beni e Servizi	Almeno 1 monitoraggio annuo da trasmettere alla Direzione Strategica e al CdG	100%	100%	100%
A.2	Contabilizzazione fatture parcheggiate	Fine anno 0 fatture parcheggiate	100%	100%	100%
	Rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori nel rispetto delle procedure amministrative contabili inerenti il ciclo passivo	[M0435_1] Pagamento debiti entro la scadenza	=100%	=100%	=100%
A.3	Emissione di tutti gli ordini previsti in modalità elettronica e trasmissione al Nodo Smistamento Ordini (NSO), in attuazione alla normativa vigente	[M0117] Assenza errori e/o scarti da parte di NSO	>=95%	>=95%	>=95%
	Garantire il corretto utilizzo delle risorse con garanzia della corretta alimentazione della contabilità analitica a seguito dell'adozione da parte del ministero dei nuovi modelli economici di cui al D.M. 24/05/2020	[M0104] Congruità emissione ordini con tipologia ordine (Rispetto fattori produttivi e piano CdC)	100%	100%	100%
		[M0106] tempestività emissione ordine e descrizione Gli ordini devono essere emessi entro il 7 del mese successivo e la descrizione deve riportare il periodo di riferimento	=100%	=100%	=100%
	Garantire la comunicazione mediante la PCC	Garantire la comunicazione mediante la PCC dell'ammontare complessivo dello stock di debiti commerciali residui scaduti e non pagati alla fine dell'esercizio precedente	Si/No	Si/No	Si/No
	Garantire la tempestività degli ordini relativi al personale non dipendente (e. incarichi libero professionali)	[M0106_1] Emissione ordine entro il 10 m.s. e corretta imputazione CDC	=100%	=100%	=100%
	Rispettare le procedure amministrative contabili inerenti il ciclo passivo	n. monitoraggi	Monitoraggio sulla tempistica delle liquidazioni effettuate entro 60 gg. dai Centri di Risorsa e valutazioni controdeduzioni: almeno due monitoraggi (gennaio - settembre entro il 15 novembre 2024 e gennaio - dicembre entro il 15 gennaio 2025) da trasmettere alla direzione Strategica e al Controllo di Gestione	Monitoraggio sulla tempistica delle liquidazioni effettuate entro 60 gg. dai Centri di Risorsa e valutazioni controdeduzioni: almeno due monitoraggi (gennaio - settembre entro il 15 novembre 2024 e gennaio - dicembre entro il 15 gennaio 2025) da trasmettere alla direzione Strategica e al Controllo di Gestione	Monitoraggio sulla tempistica delle liquidazioni effettuate entro 60 gg. dai Centri di Risorsa e valutazioni controdeduzioni: almeno due monitoraggi (gennaio - settembre entro il 15 novembre 2024 e gennaio - dicembre entro il 15 gennaio 2025) da trasmettere alla direzione Strategica e al Controllo di Gestione
A.4	Effettuazione istruttoria nella valutazione di budget per le strutture dell' Area Centrale, di Staff, Presidi, delle strutture afferenti ai Distretti e di quelle afferenti ai Dipartimenti	Istruttoria effettuata per tutte le strutture che negoziano il budget	=100%	=100%	=100%
	Monitoraggio dell'andamento della spesa Aziendale mediante la verifica della spesa	Predisposizione dei report mensili e effettuazione dei controlli al fine di predisporre il CE mensile come da indicazioni dalla Regione	=100%	=100%	=100%
	Predisposizione e trasmissione dei monitoraggi richiesti dalla Regione Umbria-Predisposizione e trasmissione dei report periodici	Rispetto delle scadenze di trasmissione	=100%	=100%	=100%

Obiettivi AREA B - MIGLIORARE LA QUALITA' DEI DATI E GOVERNO DEI FLUSSI INFORMATIVI

COD. RELAZIONE	OBIETTIVI	INDICATORE	VALORE NEGOZIATO		
			2025	2026	2027
B.1	Rendicontazione periodica e annuale delle attività di pertinenza attraverso la produzione della reportistica specifica su format definito per le strutture del Dipartimento di Prevenzione	[M0441] Trasmissione reportistica su format stabilito, per trimestre al CdG, entro 30 gg fine trimestre Trasmissione reportistica richiesta al Direttore di Dipartimento e al controllo di gestione su base trimestrale, su format prestabilito, entro 30 giorni dalla chiusura del semestre	=100%	=100%	=100%
B.2	Aumento del CIA	Aumento del CIA (Coefficiente d'Intensità Assistenziale) di tipo livello 2 e livello 3 in ADI e delle Prese in carico	> rispetto al 2023	> rispetto al 2023	> rispetto al 2023
	Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali, regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza territoriale per l'assistenza ai disabili attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente, corretta e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale Atl@nte per alimentare le informazioni sull'assistenza ai disabili	[M0026] % informazioni complete: gg. assistenza CD, validazione presenza, SVAMDI informatizzata, FNA GD	=100%	=100%	=100%
	Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali, regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza territoriale per l'assistenza della NPI attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente, corretta e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale Atl@nte per alimentare le informazioni sull'assistenza NPI nel rispetto della procedura aziendale	[M0023] % informazioni complete e corrette: % anagrafiche, % anagrafiche di servizio, % presenza diagnosi	=100%	=100%	=100%
	Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali, regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza territoriale per l'assistenza della Salute Mentale attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente, corretta e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale Atl@nte per alimentare le informazioni sull'assistenza della salute mentale e il flusso SISM nel rispetto della procedura aziendale	[M0027] % informazioni SISM: anagrafiche, anagrafiche servizio, diagnosi, chiusura progetto in 180 gg.	=100%	=100%	=100%
	Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali, regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza domiciliare attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente, corretta e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale Atl@nte per alimentare le informazioni sulle cure domiciliari e il flusso SIAD nel rispetto della procedura aziendale	[M0022] % informazioni complete e corrette flusso SIAD: % anagrafiche, % anagrafiche servizio, % valutazioni % di informazioni complete e corrette nei tempi previsti per il flusso SIAD (indicatori procedura: % anagrafiche complete e corrette, % anagrafiche di servizio complete e corrette, % valutazioni presenti e complete)	=100%	=100%	=100%
	Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali, regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza territoriale per l'assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente, corretta e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale Atl@nte per alimentare le informazioni sull'assistenza agli anziani e il flusso FAR nel rispetto della procedura aziendale	[M0021] % informazioni complete e corrette flusso FAR: % anagrafiche, % anagrafiche servizio, % valutazioni % di informazioni complete e corrette nei tempi previsti per il flusso FAR (indicatori procedura: % anagrafiche complete e corrette, % anagrafiche di servizio complete e corrette, % valutazioni presenti e complete)	=100%	=100%	=100%
	Rendicontazione periodica e annuale delle attività di pertinenza dei Consulenti attraverso la produzione della reportistica specifica su format definito	Trasmissione reportistica richiesta al Referente Flussi Informativi Territoriali e al Controllo di Gestione su base trimestrale, su format prestabilito, entro 30 giorni dalla chiusura del trimestre	=100%	=100%	=100%
	Rendicontazione periodica e annuale delle attività di pertinenza delle Dipendenze attraverso la produzione della reportistica specifica su format definito	[M0442] Trasmissione reportistica trimestrale su format definito al Ref Fl.Terr, entro 30 gg fine trim.	=100%	=100%	=100%

B.3	Adeguatezza prescrittiva delle prestazioni ambulatoriali da parte dei MMG	Avviare le procedure specifiche per far rientrare le prescrizioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali nei limiti di appropriatezza e organizzazione di incontri specifici con ciascun MMG afferente al Distretto	Almeno un incontro per ciascun MMG con maggior volume prescrittivo e trasmissione dei verbali alla Direzione Strategica ed al Controllo di Gestione	Almeno un incontro per ciascun MMG con maggior volume prescrittivo e trasmissione dei verbali alla Direzione Strategica ed al Controllo di Gestione	Almeno un incontro per ciascun MMG con maggior volume prescrittivo e trasmissione dei verbali alla Direzione Strategica ed al Controllo di Gestione
		Monitoraggio mensile dell'andamento prescrittivo dei MMG con trasmissione di una relazione alla Direzione Strategica ed al CDG entro il giorno 15 del mese successivo a quello di riferimento	Monitoraggio mensile ed invio della relazione alla Direzione Strategica ed al Controllo di Gestione	Monitoraggio mensile ed invio della relazione alla Direzione Strategica ed al Controllo di Gestione	Monitoraggio mensile ed invio della relazione alla Direzione Strategica ed al Controllo di Gestione
	Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali regionali e nazionali NSIS relativi alle attività ambulatoriali per il governo delle liste di attesa attraverso la corretta e completa registrazione dei dati da parte delle strutture ambulatoriali nei SW preposti limitatamente all'attività ambulatorio di Nefrologia	[M0035] % validazione erogato effettuata in modo attivo per le prestazioni programmate	=100%	=100%	=100%
		[M0035_1] Effettuare la concordanza della classe di priorità prescritta	>=90%	>=90%	>=90%
		Controllo sulla % di validazione dell'erogato effettuata in modo attivo per le prestazioni programmate previo ricevimento di reportistica periodica	=100%	=100%	=100%
	Effettuare la concordanza della classe di priorità prescritta	>=90%	>=90%	>=90%	
B.4	Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza ospedaliera e del Sistema Informativo Aziendale attraverso il controllo sistematico della casistica dei DRG potenzialmente inappropriati con effettuazione dei controlli delle cartelle cliniche	[M0130] Effettuazione controlli 10% CC: verifica di concordanza SDO/cartella clinica Effettuazione controlli sulle cartelle cliniche come da disposizioni ministeriali per la verifica di concordanza SDO/cartella clinica in almeno il 10% della casistica	>=10	>=10	>=10
		[M0131] Effettuazione controlli 2,5% CC: verifica appropriatezza trattamento- allegati 6A e 6B DPCM 2017 Effettuazione controlli sulle cartelle cliniche come da disposizioni ministeriali per la verifica di appropriatezza del trattamento in particolare per la casistica relativa agli allegati 6A e 6B del DPCM 2017 in almeno il 2,5% della casistica	>=2,50	>=2,50	>=2,50
	Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali, regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza ospedaliera e del Sistema Informativo Aziendale attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati nel sistema gestionale JHis delle strutture di degenza preposto per alimentare le informazioni sull'assistenza Ospedaliera in regime di ricovero	[M0025] % informazioni complete nei tempi previsti con chiusura delle SDO entro 15 giorni dalla dimissione fatto salvo la tempistica di risposta degli esami istologici	100%	100%	100%
	[M0025] 100% dei casi in dimissione dalla riabilitazione	Compilare la sdo riabilitativa =100%	Compilare la sdo riabilitativa =100%	Compilare la sdo riabilitativa =100%	
B.5	Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali regionali e nazionali NSIS relativi ai Flussi di Governo e del Sistema Informativo Aziendale attraverso la corretta e completa compilazione dei moduli dei Flussi di Governo (FLS, STS, HSP) e la trasmissione dei flussi nel rispetto delle modalità, della completezza, della qualità e delle scadenze previste dalle disposizioni nazionali e regionali in aderenza alla procedura aziendale	[M0008] % congruità dati flussi di governo e dati flussi informativi attività % congruità dei dati inseriti nei flussi di governo con i dati dei flussi informativi delle attività sanitarie	=100%	=100%	=100%

	Relazione annuale e dati di attività relativi all'anno 2025	si/no	Predisposizione della relazione annuale trasmessa tramite protocollo alla Direzione Strategica e al CdG entro il 31/01/2025	Predisposizione della relazione annuale trasmessa tramite protocollo alla Direzione Strategica e al CdG entro il 31/01/2025	Predisposizione della relazione annuale trasmessa tramite protocollo alla Direzione Strategica e al CdG entro il 31/01/2025
	Relazione periodica di andamento al 30/06/2025 e al 30/09/2025	si/no	Predisposizione delle relazioni periodiche al 30/06/2025 e al 30/09/2025 come da format fornito dal Controllo di Gestione, trasmesse tramite protocollo al CdG entro il 15 del mese successivo al periodo di riferimento	Predisposizione delle relazioni periodiche al 30/06/2025 e al 30/09/2025 come da format fornito dal Controllo di Gestione, trasmesse tramite protocollo al CdG entro il 15 del mese successivo al periodo di riferimento	Predisposizione delle relazioni periodiche al 30/06/2025 e al 30/09/2025 come da format fornito dal Controllo di Gestione, trasmesse tramite protocollo al CdG entro il 15 del mese successivo al periodo di riferimento
	Rilevazione del costo della spesa del personale secondo i parametri fissati dal MEF	Elaborazione e trasmissione di almeno 4 report/anno alla Regione e alla Direzione Aziendale	100%	100%	100%

Obiettivi AREA C - SVILUPPARE E INNOVARE I PROCESSI ORGANIZZATIVI AZIENDALI

COD. RELAZIONE	OBIETTIVI	INDICATORE	VALORE NEGOZIATO		
			2025	2026	2027
C.3	Migliorare il 1° accesso agli utenti	[M0103_2] Inserire a CUP il 1° accesso	=100%	=100%	=100%
	Promuovere la riorganizzazione dei servizi ambulatoriali per la presa in carico dei pazienti seguiti dai servizi	[M0103] Completamento percorsi di secondo livello: prescrizioni esami accesso successivo, prenotazione CUP	=100%	=100%	=100%
		[M0103_1] N.professionisti che hanno attuato l'agenda 2°livello/Totale professionisti a CUP	>=95%	>=95%	>=95%
		Controllo sul n. di professionisti che hanno attuato l'agenda 2°livello/Totale professionisti a CUP previa acquisizione di reportistica periodica.	>=95%	>=95%	>=95%

Obiettivi AREA D - GARANTIRE L'EROGAZIONE DELLE ATTIVITA' SPECIFICHE

COD. RELAZIONE	OBIETTIVI	INDICATORE	VALORE NEGOZIATO		
			2025	2026	2027
D.1	Garantire la partecipazione a conferenza di Servizi, a gruppi di lavoro aziendali e Regionali	Numero incontri partecipati / N incontri convocati (Conferenza Servizi, gruppi di lavoro Aziendali e Regionali)	75%	75%	75%
	Garantire l'apertura e le attività dello Sportello Unico 6 giorni a settimana	si/no	Mantenimento di una specifica agenda entro Giugno 2023	Mantenimento di una specifica agenda entro Giugno 2025	Mantenimento di una specifica agenda entro Giugno 2025

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione Azienda Sanitaria USL Umbria 2

2025-2027- Annualità 2025

Direttore Generale f.f Dott. Piero Carsili

	Organizzazione delle sedute al fine di garantire l'adesione allo screening di 2° livello	N. esami colonscopia eseguiti/N. persone invitate al 2° livello	>=75%	>=75%	>=75%
	Organizzazione delle sedute al fine di garantire l'estensione degli screening	[M075_1] N. donne chiamate s. mammog./ N. donne da invitare c.a.	>=80%	>=80%	>=80%
	Partecipazione ai tavoli regionali	Tavolo tecnico Acqua potabile N Incontri a cui si è partecipati/ totale incontri	90%	90%	90%
		Tavolo Tecnico Arboviroso N Incontri a cui si è partecipati/ totale incontri	90%	90%	90%
	Realizzare la Sorveglianza sanitaria per i sistemi di sorveglianza nazionali obbligatori in linea con le disposizioni Ministeriali e Regionali	[M0073] Sistema di sorveglianza PASSI	95%	95%	95%
		[M0074] Sistema di Sorveglianza PASSI d'Argento	90%	90%	90%
		Sistema di sorveglianza Okkio alla salute report	100%	100%	100%
	Rilascio di pareri igienico sanitari/autorizzazioni ambientali nel rispetto della normativa	N. pareri igienico sanitari/autorizzazioni ambientali rilasciati/N. pareri igienico sanitari/autorizzazioni ambientali richiesti	75%	75%	75%
D.2	Attuazione "Piano Regionale per l'eliminazione del virus dell'epatite C:modalità operative" attraverso l'aumento dell'accesso allo screening delle persone seguite dai Servizi per le Dipendenze e come da modalità operative individuate favorire l'accesso alla terapia per HCV	numero di persone sottoposte al test / numero utenti seguiti IDV	>=50%	>=50%	>=50%
		numero di utenti inviati al trattamento IVD	>=20%	>=20%	>=20%
	Contrastare le patologie rilevanti attraverso la qualificazione e il consolidamento dei programmi di screening oncologici su tutto il territorio aziendale con realizzazione del programma annuale dello screening della cervice uterina previsto per il Round	[M0198] N. Esami effettuati/N. pazienti che aderiscono al programma di screening cervice uterina	=100%	=100%	=100%
	Coordinare l'attività di Revisione dei PAI degli utenti ospiti delle strutture residenziali a gestione diretta e indiretta attraverso l'individuazione di un medico Case Manager del CSM per ciascun utente	N. utenti con Case Manager individuati / totale degli utenti	>=90%	>=90%	>=90%
	Garantire la presa in carico dei bisogni assistenziali ai detenuti con interventi finalizzati alla gestione delle patologie di interesse e di doppia diagnosi in maniera integrata fra Dipartimento delle Dipendenze e Dipartimento della Salute Mentale	[M0277] n° prese in carico effettuate/n° richieste entro 30 gg.	100%	100%	100%
	Garantire la presa in carico dei bisogni assistenziali ai detenuti con interventi finalizzati alla gestione delle patologie di interesse e di doppia diagnosi in maniera integrata fra Distretto e Dipartimento della Salute Mentale	[M0277] n° prese in carico effettuate/n° richieste entro 30 gg.	100%	100%	100%
	Migliorare e qualificare l'assistenza ai pazienti al fine di ridurre l'istituzionalizzazione attraverso il potenziamento dei Servizi Semiresidenziali e la rivalutazione dei pazienti inseriti nelle strutture residenziali al fine della promozione della risocializzazione e dell'inclusione socio- lavorativa	[M0252] N.pazienti rivalutati /N. pazienti inseriti nelle strutture residenziali da oltre 24 mesi per le strutture a Gestione Privata	>=90%	>=90%	>=90%
	Migliorare e qualificare l'assistenza nei servizi della neuropsichiatria infantile anche al fine di uniformare le procedure di accoglienza, di presa in carico e di gestione dei percorsi per tutelare la salute dell'età evolutiva assicurando la presa in carico al passaggio all'età adulta	[M0369_1] Rispetto dei tempi di attesa per le visite di primo accesso (30 gg) - neuropsichiatria	>=90%	>=90%	>=90%

	Migliorare e qualificare l'assistenza nei servizi del CSM anche al fine di uniformare le procedure di accoglienza, di presa in carico e di gestione dei percorsi per tutelare la salute mentale nell'intero ciclo di vita con particolare attenzione ai disturbi mentali gravi attraverso azioni che favoriscano l'inserimento sociale e lavorativo e che migliorino la qualità della vita del nucleo familiare	[M0320] Progetti PTRP verificati/Progetti PTRP definiti	=100%	=100%	=100%
	Migliorare e qualificare l'assistenza nei servizi del CSM anche al fine di uniformare le procedure di accoglienza, di presa in carico e di gestione dei percorsi per tutelare la salute mentale nell'intero ciclo di vita con particolare attenzione ai disturbi mentali gravi attraverso azioni che favoriscano l'inserimento sociale e lavorativo e che migliorino la qualità della vita del nucleo familiare	[M0369_11] Rispetto dei tempi di attesa per le visite di primo accesso (30 gg) - CSM	>=90%	>=90%	>=90%
	Potenziare, migliorare e qualificare l'assistenza ai malati terminali anche attraverso la presa in carico precoce in cure palliative	[M0211] N. pazienti seguiti a domicilio dalle UCP/ n. richieste arrivare all'UCP	=100%	=100%	=100%
	Potenziare, migliorare e qualificare l'assistenza ai malati terminali anche attraverso la presa in carico precoce in cure palliative	[M0431] Tasso utilizzo PL Hopisce	>=75%	>=75%	>=75%
	Promuovere la prevenzione della diffusione della HIV e HCV	% utenti totali presi in carico dal Centro Terapeutico per le Dipendenze	=100%	=100%	=100%
	Promuovere la prevenzione della diffusione della HIV e HCV	% utenti totali presi in carico nel Presidio Carcere	=100%	=100%	=100%
	Promuovere la prevenzione della diffusione della HIV e HCV	% utenti totali presi in carico nel Presidio Carcere e Centro Terapeutico per le Dipendenze	=100%	=100%	=100%
	Revisione dei PAI degli utenti ospiti delle strutture residenziali a gestione diretta e indiretta attraverso l'individuazione di un medico Case Manager del CSM per ciascun utente	N. utenti con Case Manager individuati / totale degli utenti	>=90%	>=90%	>=90%
D.3	Assicurare un adeguato recupero funzionale dei pazienti con disabilità attraverso la presa in carico precoce dal reparto per acuti ed il potenziamento dell'assistenza riabilitativa in regime di ricovero	Tasso di utilizzo posti letto	>=90%	>=90%	>=90%
	Attività Chirurgica	mantenimento dei livelli di attività 2023	Livelli uguali al 2023	Livelli uguali al 2023	Livelli uguali al 2023
	Attività interventistica di emodinamica	n. angioplastiche	maggiore o = 85 anno angioplastica primaria	maggiore o = 85 anno angioplastica primaria	maggiore o = 85 anno angioplastica primaria
	Attività interventistica di emodinamica	n. angioplastiche	mantenimento del volume superiore a 350 angioplastica anno	mantenimento del volume superiore a 350 angioplastica anno	mantenimento del volume superiore a 350 angioplastica anno
	Contribuire a ridurre l'export per protesi articolare e migliorarne l'esito	delibera di approvazione del PDTA	definizione di un PDTA per gli interventi di protesi entro il 30/09/2025 da trasmettere alla Direzione e al Controllo di Gestione per l'adozione del provvedimento di approvazione	definizione di un PDTA per gli interventi di protesi entro il 30/09/2025 da trasmettere alla Direzione e al Controllo di Gestione per l'adozione del provvedimento di approvazione	definizione di un PDTA per gli interventi di protesi entro il 30/09/2025 da trasmettere alla Direzione e al Controllo di Gestione per l'adozione del provvedimento di approvazione

Efficacia Assistenza Territoriale	n. pazienti dimessi comunicati al CSM di riferimento/Totale dei pazienti dimessi	Contenimento del tasso standard di ospedalizzazione per patologie psichiatriche (residenti maggiorenni). Comunicare la dimissione del paziente ricoverato al CSM territorialmente competente. 100% delle comunicazioni	Contenimento del tasso standard di ospedalizzazione per patologie psichiatriche (residenti maggiorenni). Comunicare la dimissione del paziente ricoverato al CSM territorialmente competente. 100% delle comunicazioni	Contenimento del tasso standard di ospedalizzazione per patologie psichiatriche (residenti maggiorenni). Comunicare la dimissione del paziente ricoverato al CSM territorialmente competente. 100% delle comunicazioni
Efficacia Assistenza Territoriale	n. pazienti dimessi presi in carico/totale dei pazienti dimessi dalle strutture ospedaliere aziendali	Contenimento del tasso standard di ospedalizzazione per patologie psichiatriche (residenti maggiorenni). Presa in carico dei pazienti dimessi dalle strutture ospedaliere aziendali e condivisione, con i MMG, della diagnosi e trattamento riabilitativo :100% dei pazienti dimessi.	Contenimento del tasso standard di ospedalizzazione per patologie psichiatriche (residenti maggiorenni). Presa in carico dei pazienti dimessi dalle strutture ospedaliere aziendali e condivisione, con i MMG, della diagnosi e trattamento riabilitativo :100% dei pazienti dimessi.	Contenimento del tasso standard di ospedalizzazione per patologie psichiatriche (residenti maggiorenni). Presa in carico dei pazienti dimessi dalle strutture ospedaliere aziendali e condivisione, con i MMG, della diagnosi e trattamento riabilitativo :100% dei pazienti dimessi.
Gestione delle problematiche di ambito riabilitativo e facilitare la dimissione dei pazienti ricoverati presso il PO di Foligno	Volume consulenze fisioterapiche, fisiatriche e logopediche annuali effettuate nel PO di Foligno	>=200	>=200	>=200
Implementazione dell'inserimento dei pazienti in lista di attesa trapianto renale (sia da cadavere che da vivente pre emptive e post emptive)	Percentuale di pazienti in lista d'attesa per trapianto renale modalità di verifica : cartella informatizzata SINED	5% dei pazienti in trattamento dialitico sostitutivo	5% dei pazienti in trattamento dialitico sostitutivo	5% dei pazienti in trattamento dialitico sostitutivo
Implementazione PDTA Sclerosi Multipla	Entro giugno documento definitivo	Istituzione della Commissione per la definizione del percorso e definizione del percorso	Istituzione della Commissione per la definizione del percorso e definizione del percorso	Istituzione della Commissione per la definizione del percorso e definizione del percorso
Incremento del numero dei ricoveri nell'ottica di una ottimizzazione dei posti letto	Incremento del numero dei ricoveri di almeno il 30% riportandolo ai livelli 2019	Anno 2019	Anno 2019	Anno 2019
Incremento numero e peso dei DRG Chirurgici	Incremento del numero dei DRG Chirurgici al fine del raggiungimento dei livelli del 2019	Livelli uguali al 2019	Livelli uguali al 2019	Livelli uguali al 2019
Incremento numero e peso dei DRG Chirurgici	Incremento del numero dei DRG Chirurgici al fine del raggiungimento dei livelli del 2019 con corrispondente incremento del peso medio	Livelli uguali o maggiori al 2019 con incremento del peso medio	Livelli uguali o maggiori al 2019 con incremento del peso medio	Livelli uguali o maggiori al 2019 con incremento del peso medio
Incremento numero e peso dei DRG Chirurgici	Mantenimento del numero dei DRG ai livelli del 2023	Livelli uguali al 2023	Livelli uguali al 2023	Livelli uguali al 2023
Incremento numero e peso dei DRG Chirurgici	Mantenimento del numero dei DRG Chirurgici 2023	mantenimento dei livelli uguali al 2023	mantenimento dei livelli uguali al 2023	mantenimento dei livelli uguali al 2023
Mantenimento numero dei DRG Chirurgici	Mantenimento del numero dei DRG chirurgici rispetto ai livelli dell'anno 2023	Anno 2023	Anno 2023	Anno 2023
Miglioramento degli iter di presa in carico dei percorsi per lo screening oncologico della cervice uterina con garanzia di tempi di attesa congrui per le indagini di approfondimento	[M0402] Rispetto tempo di attesa per colposcopia - cervice uterina	>= 75% entro 60 gg	>= 75% entro 60 gg	>= 75% entro 60 gg

Miglioramento della documentazione in dimissione	100% delle dimissioni	Inserire nella lettera di dimissione i valori delle scale di valutazione della disabilità in ingresso ed in uscita	Inserire nella lettera di dimissione i valori delle scale di valutazione della disabilità in ingresso ed in uscita	Inserire nella lettera di dimissione i valori delle scale di valutazione della disabilità in ingresso ed in uscita
Migliorare la presa in carico post-dimissione	n. ricoveri post-acuti	riportare il numero dei ricoveri almeno ai livelli 2019	riportare il numero dei ricoveri almeno ai livelli 2019	riportare il numero dei ricoveri almeno ai livelli 2019
Migliorare la qualità dell'accesso vascolare in emodialisi	Percentuale di pazienti con accesso vascolare fistola artero venosa modalità di verifica : cartella informatizzata SINED	5%	5%	5%
Migliorare l'assistenza ostetrica e pediatrica/neonatologica nel periodo perinatale con rispetto dei volumi e delle soglie di rischio ed esito	[VP0097] C7.1 % cesarei depurati (NTSV)	<= 16,50%	<= 16,50%	<= 16,50%
Monitoraggio PDTA Sclerosi Multipla	90% di prenotazioni di secondo livello sui pazienti visti	Applicazione del percorso	Applicazione del percorso	Applicazione del percorso
Potenziamento dell'attività della medicina semintensiva	n. ricoveri	maggiore a 100	maggiore a 100	maggiore a 100
Promuovere l'utilizzo di appropriati dei posti letto e delle giornate di degenza e Migliorare l'offerta e la qualità dell'attività chirurgica erogata con riduzione dei DRG medici e delle giornate di degenza improprie	Degenza media ricoveri medici ordinari per acuti	< 6	< 6	< 6
Promuovere l'utilizzo di appropriato del setting assistenziali (regime ordinario, regime diurno, ambulatorio)	C14.3 - Percentuale ricoveri ordinari medici brevi	< 19,00	< 19,00	< 19,00
Promuovere l'efficienza degli interventi di presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche	[VP0304] Percentuale di re-ricoveri a 7 gg in psichiatria	<= 2,8%	<= 2,8%	<= 2,8%
	[VP0304] Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	<= 18,00%	<= 18,00%	<= 18,00%
	[VP0304] Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	<= 2,39%	<= 2,39%	<= 2,39%
	[VP0429] Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente >18 aa	<= 18,00%	<= 18,00%	<= 18,00%
	Percentuale di re-ricoveri a 30 gg in psichiatria	<= 7,2%	<= 7,2%	<= 7,2%
Promuovere l'utilizzo appropriato del setting assistenziale (regime ordinario, regime diurno, ambulatorio)	Aumento tasso utilizzo posti letto	Incrmento tasso di utilizzo dei P.L. a seguito dell'accordo sottoscritto con l' Az Ospedaliera di Terni	Incrmento tasso di utilizzo dei P.L. a seguito dell'accordo sottoscritto con l' Az Ospedaliera di Terni	Incrmento tasso di utilizzo dei P.L. a seguito dell'accordo sottoscritto con l' Az Ospedaliera di Terni
Promuovere l'utilizzo appropriato del setting assistenziale (regime ordinario, regime diurno, ambulatorio)	C14.2 - Percentuale ricoveri in dh medico con finalità diagnostica	<= 18,00%	<= 18,00%	<= 18,00%
Promuovere l'utilizzo appropriato del setting assistenziale (regime ordinario, regime diurno, ambulatorio)	Definizione PDTA per i lpaziente Gastro-Oncologico	Collaborazione alla definizione di un PDTA per la presa in carico del paziente dal parte del Chirurgo, a seguito di un esame istologico positivo	Collaborazione alla definizione di un PDTA per la presa in carico del paziente dal parte del Chirurgo, a seguito di un esame istologico positivo	Collaborazione alla definizione di un PDTA per la presa in carico del paziente dal parte del Chirurgo, a seguito di un esame istologico positivo

			Collaborare con il Pronto Soccorso per la predisposizione di un protocollo interdipartimentale, che dovrà essere trasmesso alla Direzione Strategica, alla Direzione Dipartimentale ed al CDG, per l'appropriatezza dei ricoveri in regime ordinario in Area Medica	Collaborare con il Pronto Soccorso per la predisposizione di un protocollo interdipartimentale, che dovrà essere trasmesso alla Direzione Strategica, alla Direzione Dipartimentale ed al CDG, per l'appropriatezza dei ricoveri in regime ordinario in Area Medica	Collaborare con il Pronto Soccorso per la predisposizione di un protocollo interdipartimentale, che dovrà essere trasmesso alla Direzione Strategica, alla Direzione Dipartimentale ed al CDG, per l'appropriatezza dei ricoveri in regime ordinario in Area Medica
	Promuovere l'utilizzo appropriato del setting assistenziale (regime ordinario, regime diurno, ambulatorio)	Predisposizione di un protocollo	Definire il protocollo relativo alla videodiali per l'implementazione della dialisi domiciliare con gli strumenti della telemedicina	Definire il protocollo relativo alla videodiali per l'implementazione della dialisi domiciliare con gli strumenti della telemedicina	Definire il protocollo relativo alla videodiali per l'implementazione della dialisi domiciliare con gli strumenti della telemedicina
			implementare alla luce del nuovo PDTA regionale il PDTA del diabete tipo 2 che dovrà essere trasmesso alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione	implementare alla luce del nuovo PDTA regionale il PDTA del diabete tipo 2 che dovrà essere trasmesso alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione	implementare alla luce del nuovo PDTA regionale il PDTA del diabete tipo 2 che dovrà essere trasmesso alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione
			predisposizione di un protocollo per la educazione terapeutica mobilizzazine precoce durante la degenza ospedaliera da trasmettere alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione	predisposizione di un protocollo per la educazione terapeutica mobilizzazine precoce durante la degenza ospedaliera da trasmettere alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione	predisposizione di un protocollo per la educazione terapeutica mobilizzazine precoce durante la degenza ospedaliera da trasmettere alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione
	Rispetto volumi prestazioni di ricovero ospedaliero della Medicina d'Urgenza	> = anno 2023	618 mantenimento anno 2023	618 mantenimento anno 2023	618 mantenimento anno 2023
D.4	Arricchire il ventaglio della tipologia dei pz da arruolare alla degenza in Riabilitazione Cardiologica di Amelia con gestione del follow-up del pz affetto da Scopenso cardiaco e dei pazienti in trattamento con anticoagulante orale con NAO in supporto ai MMG	[M0141] Garanzia di continuita' terapia con NAO - redazione e consegna del piano terapeutico in casi clinici complessi su richiesta dei MMG. Garanzia di continuita' della terapia con NAO, e ottimizzazione della stessa, attraverso la redazione e la consegna del piano terapeutico nei casi complessi su richiesta specifica del MMG, indispensabile per il medico curante per poter erogare al pz la ricetta utile al ritiro del farmaco.	= 100%	= 100%	= 100%

<p>Arricchire il ventaglio della tipologia dei pz da arruolare alla degenza in Riabilitazione Cardiologica di Amelia con gestione del follow-up del pz affetto da Scopenso cardiaco e dei pazienti in trattamento con anticoagulante orale con NAO in supporto ai MMG</p>	<p>[M0141] Garanzia di continuita' terapia con NAO-redazione e consegna del piano terapeutico. Garanzia di continuita' della terapia con NAO, e ottimizzazione della stessa, attraverso la redazione e la consegna del piano terapeutico indispensabile per il medico curante per poter erogare al pz la ricetta utile al ritiro del farmaco.</p>	<p>= 100%</p>	<p>= 100%</p>	<p>= 100%</p>
<p>Assicurare un'adeguata offerta di emocomponenti ai fini della produzione di farmaci emoderivati ed autosufficienza di emocomponenti a livello regionale</p>	<p>N. sacche raccolte N. unità di plasma aferisi</p>	<p>> 10.000 unità raccolte di sangue interno > 800 unità di plasma aferisi</p>	<p>> 10.000 unità raccolte di sangue interno > 800 unità di plasma aferisi</p>	<p>> 10.000 unità raccolte di sangue interno > 800 unità di plasma aferisi</p>
<p>Assicurare un'adeguata offerta di prestazioni diagnostiche per pazienti ricoverati</p>	<p>Garantire le corrette modalità organizzative ed erogative per la gestione dell'offerta delle prestazioni per interni .Rispetto dei volumi di prestazioni per interni</p>	<p>873</p>	<p>873</p>	<p>873</p>
	<p>Monitorare l'appropriatezza prescrittiva dei servizi aziendali Rilevazione delle percentuali di prestazioni di diagnostica per immagini a rischio di inapproprietezza richieste dai servizi aziendali</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>
<p>Assicurare un'adeguata offerta di prestazioni diagnostiche per pazienti ricoverati rilevando l'appropriatezza prescrittiva dei servizi</p>	<p>Procedura operativo</p>	<p>Modifica congiunta con gli altri Laboratori aziendali della gestione delle richieste al fine di favorire la riduzione del numero delle richieste urgenti attraverso la definizione di una procedura specifica</p>	<p>Modifica congiunta con gli altri Laboratori aziendali della gestione delle richieste al fine di favorire la riduzione del numero delle richieste urgenti attraverso la definizione di una procedura specifica</p>	<p>Modifica congiunta con gli altri Laboratori aziendali della gestione delle richieste al fine di favorire la riduzione del numero delle richieste urgenti attraverso la definizione di una procedura specifica</p>
		<p>Modifica della gestione delle richieste al fine di favorire la riduzione del numero delle richieste urgenti attraverso la definizione di una procedura specifica</p>	<p>Modifica della gestione delle richieste al fine di favorire la riduzione del numero delle richieste urgenti attraverso la definizione di una procedura specifica</p>	<p>Modifica della gestione delle richieste al fine di favorire la riduzione del numero delle richieste urgenti attraverso la definizione di una procedura specifica</p>
		<p>Revisione congiunta con gli altri Laboratori aziendali dei profili della preospedalizzazione e del Pronto Soccorso entro dicembre 2025</p>	<p>Revisione congiunta con gli altri Laboratori aziendali dei profili della preospedalizzazione e del Pronto Soccorso entro dicembre 2025</p>	<p>Revisione congiunta con gli altri Laboratori aziendali dei profili della preospedalizzazione e del Pronto Soccorso entro dicembre 2025</p>
		<p>Revisione del 100% del MRI in essere e implementazione di nuovi qualora siano mancanti attraverso la definizione di un protocollo interno</p>	<p>Revisione del 100% del MRI in essere e implementazione di nuovi qualora siano mancanti attraverso la definizione di un protocollo interno</p>	<p>Revisione del 100% del MRI in essere e implementazione di nuovi qualora siano mancanti attraverso la definizione di un protocollo interno</p>

		Protocollo operativo e report alla direzione aziendale, al Direttore di Dipartimento e al CdG	Individuazione congiunta con gli altri Laboratori aziendali delle prestazioni richieste dai servizi a rischio di inapproprietezza e predisposizione di almeno un report da trasmettere alla Direzione di Dipartimento, al CdG, alle strutture aziendali, alle direzioni di P.O. e alle direzioni di Distretto	Individuazione congiunta con gli altri Laboratori aziendali delle prestazioni richieste dai servizi a rischio di inapproprietezza e predisposizione di almeno un report da trasmettere alla Direzione di Dipartimento, al CdG, alle strutture aziendali, alle direzioni di P.O. e alle direzioni di Distretto	Individuazione congiunta con gli altri Laboratori aziendali delle prestazioni richieste dai servizi a rischio di inapproprietezza e predisposizione di almeno un report da trasmettere alla Direzione di Dipartimento, al CdG, alle strutture aziendali, alle direzioni di P.O. e alle direzioni di Distretto
Assicurare un'adeguata offerta di prestazioni diagnostiche per pazienti ricoverati rilevando l'appropriatezza prescrittiva dei servizi	Rilevazione quadrimestrale delle prestazioni richieste dai servizi a rischio di inapproprietezza. Invio report al CdG		Invio report	Invio report	Invio report
Esecuzione pet-tc oncologiche	[M0552] 2500 prestazioni/anno		almeno 2500 prestazioni/anno	almeno 2500 prestazioni/anno	almeno 2500 prestazioni/anno
Garantire adeguati standard prestazionali al fine di assicurare tempestività della fase diagnostica	[M0016_1] % di esami anatomopatologici refertati entro 20gg dall'accettazione		>= 95%	>= 95%	>= 95%
Garantire i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali nel rispetto del PRGLA	[M0512] N.prest. non procrastinabili (U-B) effettuate/N.prest. non procrastinabili inserite in lista		>= 80%	>= 80%	>= 80%
	[M0513] N. prestazioni recuperate/N. prestazioni da recuperare		>= 90%	>= 90%	>= 90%
	[M0514] riunioni con MMG per Distretto di competenza con il Direttore di Distretto:		almeno 1	almeno 1	almeno 1
Garantire l'accuratezza diagnostica e la tempestività di refertazione per l'Anatomia Patologica al fine di ridurre i tempi di diagnosi soprattutto per le patologie con sospetto oncologico, rare attraverso la doppia lettura e ridurre i tempi di chiusura delle SDO	[M0129] Diagnosi confermate/totale diagnosi		= 100%	= 100%	= 100%
	[M0199] N. esami refertati entro 15 gg/ totale esami Tempestività invio referto anatomia patologica ai fini della definizione tempestiva delle diagnosi e della chiusura delle SDO		>= 98%	>= 98%	>= 98%
	[M0439] Trasmissione al PO report referti consegnati e referti in corso-evidenza data arrivo pezzo in A.P. Trasmissione al presidio ospedaliero del report dei referti consegnati e dei referti in corso, con evidenza della data di arrivo del pezzo in anatomia patologica		= 100%	= 100%	= 100%
Garantire le attività di emergenza - urgenza	si/no		Garantire le attività di emergenza - urgenza	Garantire le attività di emergenza - urgenza	Garantire le attività di emergenza - urgenza
Gestione presa in carico dell'utente	[M0035_2] N.prescrizioni 2° livello (no MMG) / totale erogato		>= 90%	>= 90%	>= 90%
Promuovere il miglioramento dell'accessibilità ai servizi attraverso la garanzia di tempi di attesa congrui per l'esecuzione delle prestazioni per interni al fine di ridurre le giornate di degenza inappropriate	[M0016] % esami di anatomia patologica refertati entro 15 gg		>=90%	>=90%	>=90%
	[M0017] % esami diagnostica per immagini per interni refertati entro 1 gg da esecuzione		>=90%	>=90%	>=90%

[M0392] Rispetto tempo consegna referti-10 gg. lavorativi biopsia endoscopica gastrica anatomia patologica Tempo medio di attesa per il rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture 10 gg. lavorativi per biopsia endoscopica gastrica anatomia patologica	<=10gg	<=10gg	<=10gg
[M0393] Rispetto tempo consegna referti-2 gg. lavorativi per ecografie richiesti non urgenti Tempo medio di attesa per il rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture 2 gg. lavorativi per ecografie richiesti non urgenti	<= 2 gg	<= 2 gg	<= 2 gg
[M0394] Rispetto tempo consegna referti-2 gg. lavorativi per esami RX richiesti non urgenti Tempo medio di attesa per il rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture 2 gg. lavorativi per esami RX richiesti non urgenti	<= 2 gg	<= 2 gg	<= 2 gg
[M0395] Rispetto tempo consegna referti-3 gg. lavorativi per angiografia Tempo medio di attesa per il rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture 3 gg. lavorativi per angiografia	<= 3 gg	<= 3 gg	<= 3 gg
[M0396] Rispetto tempo consegna referti-3 gg. lavorativi per immunoematologia Tempo medio di attesa per il rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture 3 gg. lavorativi per immunoematologia	<= 3 gg	<= 3 gg	<= 3 gg
[M0397] Rispetto tempo consegna referti-3 gg. lavorativi per la RMN richiesti Tempo medio di attesa per il rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture 3 gg. lavorativi per la RMN richiesti non urgenti	<= 3 gg	<= 3 gg	<= 3 gg
[M0398] Rispetto tempo consegna referti-3 gg. lavorativi per la TAC richiesti non urgenti Tempo medio di attesa per il rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture 3 gg. lavorativi per la TAC richiesti non urgenti	<= 3 gg	<= 3 gg	<= 3 gg

		[M0399] Rispetto tempo consegna referti-3 gg. lavorativi per laboratorio settore clinica-chimica Tempo medio di attesa per il rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture 3 gg. lavorativi per laboratorio settore clinica- chimic	<= 3 gg	<= 3 gg	<= 3 gg
	Sistema Sorveglianza Passi D'argento	Garantire tramite gli assistenti sociali il raggiungimento delle interviste previste dal sistema di sorveglianza Passi D'Argento	100%	100%	100%
D.5	Analisi periodica della tipologia di assenza del personale dipendente	Reportistica trimestrale	100%	100%	100%
	Assicurare la capillare informazione ai cittadini delle scelte operate dalla Direzione Aziendale - Promuovere le azioni di comunicazione esterna per promuovere le attività intraprese dall'Azienda e facilitare l'accesso e l'uso appropriato dei servizi	[M0327] Pubblicazione nel sito aziendale	=100%	=100%	=100%
	Assicurare la capillare informazione ai cittadini delle scelte operate dalla Direzione Aziendale - Promuovere le azioni di comunicazione esterna per promuovere le attività intraprese dall'Azienda e facilitare l'accesso e l'uso appropriato dei servizi	[M0328] Pubblicazione nel sito aziendale della nuova carta dei servizi entro 31.12 c.a.	=100%	=100%	=100%
	Attuazione dei programmi di Radioprotezione: Sicurezza operatori e popolazione (D. Lgs. 101/2020 e s.m.i.)	[M0368] Rispetto dei limiti di dose previsti per gli operatori esposti a rischio da rx e per la popolazione	=100%	=100%	=100%
	Attuazione dell'Accordo di Programma del 05/03/2013 ex art. 20 L. 67/1988- SECONDA FASE	Avvio delle procedure di gara relative agli interventi ammessi ai finanziamenti per i quali sono pervenuti idonei capitolati	Avvio 50% degli interventi	Avvio 50% degli interventi	Avvio 50% degli interventi
	Corretta tenuta dell'inventario inerente l'acquisto delle attrezzature sanitarie	Tutti i beni collaudati devono essere inventariati e inseriti in SAP	Inserimento 100% beni	Inserimento 100% beni	Inserimento 100% beni
	Creazione PDTA Steatosi integrato con la rete	Effettuare la mappatura dei Dietisti presenti in azienda e comunicarla al Direttore del Dipartimento di Area Medica per l'integrazione con la nutrizione clinica e una copertura ospedale/territorio	Trasmissione mappatura al fine di permettere la creazione del PDTA entro il 30 Settembre	Trasmissione mappatura al fine di permettere la creazione del PDTA entro il 30 Settembre	Trasmissione mappatura al fine di permettere la creazione del PDTA entro il 30 Settembre
	Efficientamento beni e servizi	[M0367] Rispetto articoli specifici (DL.95/2012 convertito in L. 135/2012) Attuazione nel rispetto dell'art.15 c.13 lett.a),b),d),e) del D.L. 95/5012 convertito in legge 135/2012, dell'art.9 c.7. Legge n. 89/2014, dell'art.10 c.3. Legge n. 89/2014.	=100%	=100%	=100%
	Elaborazione delle proposte di protocolli/convenzioni con i Comuni	[M0158] Invio dei protocolli/convenzioni	=100%	=100%	=100%
	Elaborazione Report/Reclami/Elogi	[M0338_1] Relazione annuale - Report Reclami Elogi	=100%	=100%	=100%
	Funzione di interfaccia tra Direttore Generale e Uffici Regionali preposti all'accreditamento istituzionale per le attività relative a politiche e strategie di accreditamento	[M0381_1] Rispetto delle azioni previste nel cronoprogramma regionale	=100%	=100%	=100%
	Garantire il rispetto per l'attuazione dell'art. 1, commi da 865 a 872 della Legge n. 145/2018 (comunicazione/allineamento dello stock del debito)	[M0118] Allineamento del debito commerciale residuo	=100%	=100%	=100%

Garantire la partecipazione ai tavoli sindacali a supporto della Direzione Strategica	N. incontri partecipati/N. incontri programmati	100%	100%	100%
Garantire l'attuazione delle misure di razionalizzazione della spesa come richiesto dal tavolo MEF e Corte dei Conti	Attuazione della normativa e trasmissione relazione al Servizio Beni e Servizi	Attuazione della normativa e trasmissione relazione al Servizio Beni e Servizi	Attuazione della normativa e trasmissione relazione al Servizio Beni e Servizi	Attuazione della normativa e trasmissione relazione al Servizio Beni e Servizi
	Proposta di delibera entro i tempi indicati dalla Regione	Relazione entro i tempi previsti	Relazione entro i tempi previsti	Relazione entro i tempi previsti
Garantire le corrette modalità organizzative ed erogative per la gestione della sorveglianza sanitaria	[M0380] Rispetto del programma delle visite	=100%	=100%	=100%
Garantire le corrette modalità organizzative ed erogative per la gestione delle attività della prestazioni ambulatoriali, il contenimento dei tempi di attesa e l'equità di accesso ai servizi ambulatoriali	[M0240] N. servizi che provvedono alla validazione/N. servizi totali che devono provvedere alla validazione Numero servizi che provvedono alla validazione /numero servizi totali che devono provvedere alla validazione	=100%	=100%	=100%
Gestione medico legale dei sinistri nel rispetto della procedura aziendale	[M0238] N. schede valutazione inserite/previste	=100%	=100%	=100%
Governo e gestione degli accordi decentrati della Medicina Generale, della C.A. e della Pediatria di libera scelta	[M0165] Misurazione del raggiungimento degli obiettivi e definizione delle quote pro-capite	=100%	=100%	=100%
Governo e gestione degli accordi decentrati della Medicina Generale, della C.A. e della Pediatria di libera scelta	[M0324] Proposta di delibera	=100%	=100%	=100%
Governo e gestione degli accordi decentrati della Medicina Generale, della C.A. e della Pediatria di libera scelta	[M0391] Rispetto tempi di pagamento	=100%	=100%	=100%
Migliorare i percorsi di presa in carico con il PRU in Atlante	si/no	Compilare il PRU in uscita da tutti i setting in prospettiva riabilitativa	Compilare il PRU in uscita da tutti i setting in prospettiva riabilitativa	Compilare il PRU in uscita da tutti i setting in prospettiva riabilitativa
Mobilità Interna personale del comparto sanitario	si/no	1) Definire il fabbisogno di mobilità interna per profilo professionale per il comparto sanitario al fine di pubblicare l'avviso di mobilità interna. 2) avvio delle procedure di esecuzione dell'avviso di mobilità interna	1) Definire il fabbisogno di mobilità interna per profilo professionale per il comparto sanitario al fine di pubblicare l'avviso di mobilità interna. 2) avvio delle procedure di esecuzione dell'avviso di mobilità interna	1) Definire il fabbisogno di mobilità interna per profilo professionale per il comparto sanitario al fine di pubblicare l'avviso di mobilità interna. 2) avvio delle procedure di esecuzione dell'avviso di mobilità interna
Perseguimento del Programma di Accreditazione istituzionale, promuovendo la cultura della qualità dei Servizi Aziendali individuati per il 2025	[M0040] Adeguamento progressivo ai nuovi requisiti ISO 9001:2015 e ai nuovi requisiti accreditamento is...	=100%	=100%	=100%
Perseguimento del Programma di Accreditazione istituzionale, promuovendo la cultura della qualità dei Servizi Aziendali individuati per il 2025	Supportare l'organizzazione aziendale all'adeguamento dei nuovi requisiti ISO 9001:2015 e ed ai nuovi requisiti accreditamento istituzionale	=100%	=100%	=100%
Pianificazione attività specialistica ambulatoriale in collaborazione con Direttori di Distretto e CUP manager	[M0330] Pubblicazione Programmazione presentata dai Direttori Distretto approvata dalla Direzione Aziendale	=100%	=100%	=100%

Promozione della cultura della gestione di qualità attraverso la definizione dei programmi di informazione, formazione e addestramento del personale	[M0316] Presentazione del piano formativo entro ottobre c.a.	=100%	=100%	=100%
Promozione della cultura della sicurezza attraverso la definizione dei programmi di informazione, formazione e addestramento dei lavoratori	[M0139] Formazione c.a.	=100%	=100%	=100%
Promozione della cultura della sicurezza attraverso la definizione dei programmi di informazione, formazione e addestramento dei lavoratori	[M0315] Presentazione del piano entro marzo c.a.	=100%	=100%	=100%
Promozione dell'aggiornamento del protocollo sanitario per la sorveglianza sanitaria	[M0339] Relazione annuale contenente le priorità di intervento e gli obiettivi specifici	=100%	=100%	=100%
Promozione dell'aggiornamento delle posizioni di esenzione per le patologie croniche	[M0217] N. posizioni aggiornate/n. posizioni da aggiornare	=100%	=100%	=100%
Promuovere azioni di monitoraggio specifiche per tenere sotto controllo i tetti di spesa, il rispetto dei vincoli relativi al costo dei beni sanitari e il raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza	[M0351] Rendicontazione su base SEMESTRALE con analisi casistiche e proposte di intervento mirato	=100%	=100%	=100%
Promuovere il miglioramento della gestione dei flussi informativi della mobilità sanitaria	[M0384] Rispetto indicatori procedura - mobilità sanitaria	=100%	=100%	=100%
Promuovere il miglioramento della gestione dei flussi informativi di governo	[M0384_1] Rispetto indicatori procedura - flussi informativi	=100%	=100%	=100%
Promuovere l'applicazione delle metodologie e strumenti di provata efficacia per l'analisi, la valutazione ed il controllo del rischio clinico e degli eventi avversi	[M0049] Aggiornamento del Profilo di rischio clinico ed adozione del piano di attività	=100%	=100%	=100%
Promuovere e qualificare le attività dei servizi trasversali dell'area centrale individuando obiettivi specifici per il raggiungimento degli obiettivi aziendali assegnati dalla Regione, delle performance di livello aziendale e dei risultati di miglioramento nelle aree di maggiore criticità.	[M0312] Presentazione analisi contenente obiettivi e indicatori specifici entro il settembre c.a.	=100%	=100%	=100%
Promuovere e qualificare le attività dei servizi trasversali dell'area centrale individuando obiettivi specifici per il raggiungimento degli obiettivi aziendali assegnati dalla Regione, delle performance di livello aziendale e dei risultati di miglioramento nelle aree di maggiore criticità.	[M0355] Report annuale attività aziendali e obiettivi raggiunti gestione rischio sanitario e sicurezza pz. Supportare l'organizzazione aziendale nell'adeguamento alle linee d'indirizzo regionali, elaborazione del report annuale delle attività aziendali e degli obiettivi raggiunti per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, entro febbraio dell'anno successivo (2025)	=100%	=100%	=100%
Promuovere il miglioramento della gestione delle fatture parcheggiate	[M0241] N. solleciti ai servizi/n. fatture parcheggiate	=100%	=100%	=100%
Promuovere il Miglioramento della performance nell'utilizzo delle sale operatorie nel rispetto del Progetto Ministeriale "Riorganizzazione dell'attività chirurgica per setting assistenziali e complessità di cura"	[M0381] Rispetto delle azioni previste nel cronoprogramma ministeriale	=100%	=100%	=100%
Promuovere il programma di Sorveglianza per le Radiazioni non ionizzanti (D. Lgs. 81/08): sicurezza e garanzia della qualità	[M0387] Rispetto periodicità e criteri accettabilità previsti dai protocolli operativi-entro dicembre c.a.	=100%	=100%	=100%

	[M0059] Avvio di un programma di screening con rendicontazione annuale	=100%	=100%	=100%
Promuovere la cultura della promozione della sorveglianza sanitaria del personale dipendente	[M0194] N. di controlli effettuati congrui con l'indicazione del piano	=100%	=100%	=100%
	[M0344] Relazione monitoraggio accertamento idoneità dei dipendenti-stratificazione dei diversi giudizi	=100%	=100%	=100%
	[M0346] Rendicontazione annuale	=100%	=100%	=100%
	[M0314] Presentazione del piano formativo - Cultura della sicurezza	=100%	=100%	=100%
Promuovere la cultura della sicurezza creando negli operatori maggiore consapevolezza in riferimento alle azioni, agli eventi e i loro effetti sulla sicurezza dei pazienti	Adozione atti di organizzazione come indicato dalla Direzione Generale	=100%	=100%	=100%
Promuovere la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi aziendali in aderenza alle linee di indirizzo e alla programmazione aziendale	[M0386] Rispetto periodicità e criteri accettabilità previsti dai protocolli operativi entro dicembre c.a.	=100%	=100%	=100%
Promuovere l'attuazione del programma di assicurazione di qualità (D. Lgs. 101/2020) per la radiodiagnostica, medicina nucleare, radioterapia	[M0276] N° posizioni emesse in SAP / n° posizioni analizzate su crediti da recuperare TS x100	=100%	=100%	=100%
Promuovere le azioni inerenti la procedura per la gestione del recupero crediti	[M0272_1] N. posizioni chiuse a seguito di contraddittori nel sistema TS	=100%	=100%	=100%
	[M0274_1] N. esiti negativi inviati	=100%	=100%	=100%
Promuovere le azioni inerenti la procedura per la gestione del recupero crediti	[M0281_1] N. invio lettere primo sollecito rispetto alle posizioni inadempienti	=100%	=100%	=100%
Promuovere le segnalazioni degli eventi avversi e degli eventi evitati	[M0345] Relazione-report dettagliato corretto sul pieno utilizzo da parte delle strutture (entro feb 2025)	=100%	=100%	=100%
	Relazione e report dettagliato annuale sul corretto e pieno utilizzo da parte delle strutture entro febbraio 2025			
Qualificazione della gestione dei registri di carico/scarico rifiuti e dei Formulari di Identificazione Rifiuto relativi ai 26 Insedimenti Produttivi di riferimento/Insedimenti Produttivi	[M0379] Rispetto del piano delle verifiche entro dicembre c.a. - gestione dei registri	=100%	=100%	=100%
Qualificazione della gestione dei rifiuti sanitari	[M0379_1] Rispetto del piano delle verifiche entro dicembre c.a. - gestione rifiuti	=100%	=100%	=100%
Ridurre il rischio della infezioni correlate all'assistenza	[M0166] Monitoraggio annuale attività previste dal PRP e controllo delle infezioni correlate all'assistenza Monitoraggio annuale delle attività previste dal Piano triennale per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza	=100%	=100%	=100%
Tenuta e controllo delle strutture e dei siti di produzione di rifiuti nelle strutture aziendali	[M0347] Rendicontazione annuale entro gennaio anno successivo	=100%	=100%	=100%

	Avvio dell'elaborazione di un sistema di mappature dei percorsi clinici psicologico-assistenziali erogati all'interno del Dipartimento Dipendenze finalizzati a verificare la congruenza tra i bisogni espressi dall'utenza e l'appropriatezza dell'intervento finalizzato alla fornitura di un'offerta equa su tutti i territori aziendali.	Avvio elaborazione sistema di mappatura	100%	100%	100%
	Avvio, in collaborazione con il Servizio Qualità, della predisposizione di procedure psicologiche condivise e modelli operativi omogenei in tutto il Dipartimento Dipendenze.	Avvio predisposizione procedure psicologiche	100%	100%	100%

Obiettivi AREA E - PROMUOVERE LA SALUTE, LA QUALITA', L'APPROPRIATEZZA E LA SICUREZZA DELLE CURE

COD. RELAZIONE	OBIETTIVI	INDICATORE	VALORE NEGOZIATO		
			2025	2026	2027
E.1	Riesame della Direzione	Completamento format Riesame	entro Febbraio 2025	entro Febbraio 2025	entro Febbraio 2025
	Somministrazione del Questionario qualità percepita (fornito Online da Servizio Qualità e accreditamento) per almeno il IV Trim. 2025	% di adesione al questionario di qualità percepita	% di adesione al questionario di qualità percepita => 80% utenti che accedono al servizio	% di adesione al questionario di qualità percepita => 80% utenti che accedono al servizio	% di adesione al questionario di qualità percepita => 80% utenti che accedono al servizio
		somma dei questionari con punteggi 8-9-10 (item valutazione complessiva) / totale questionari ricevuti X 100	% complessiva soddisfazione del paziente => 80% questionari ricevuti	% complessiva soddisfazione del paziente => 80% questionari ricevuti	% complessiva soddisfazione del paziente => 80% questionari ricevuti
	Sviluppo e mantenimento dei requisiti generali e specifici dell'accreditamento istituzionale previsti nel R.R. 10/2018	check list	Compilazione della Check list generale e/o specifica di autovalutazione entro novembre 2025	Compilazione della Check list generale e/o specifica di autovalutazione entro novembre 2025	Compilazione della Check list generale e/o specifica di autovalutazione entro novembre 2025
	Valutazione dei fornitori dei servizi e prodotti forniti	si/no	Avvio della valutazione dei fornitori dei principali beni sanitari (farmaci, presidi e materiale diagnostico) attraverso l'utilizzo della scheda di valutazione in SAP	Avvio della valutazione dei fornitori dei principali beni sanitari (farmaci, presidi e materiale diagnostico) attraverso l'utilizzo della scheda di valutazione in SAP	Avvio della valutazione dei fornitori dei principali beni sanitari (farmaci, presidi e materiale diagnostico) attraverso l'utilizzo della scheda di valutazione in SAP
si/no		collaborare alla predisposizione della scheda di valutazione dei fornitori dei servizi di ristorazione, lavanolo e pulizie entro il 30/09/2025 ed avvio della sperimentazione	collaborare alla predisposizione della scheda di valutazione dei fornitori dei servizi di ristorazione, lavanolo e pulizie entro il 30/09/2025 ed avvio della sperimentazione	collaborare alla predisposizione della scheda di valutazione dei fornitori dei servizi di ristorazione, lavanolo e pulizie entro il 30/09/2025 ed avvio della sperimentazione	

E.2	<p>Gestione degli eventi avversi ed incident reporting: Consolidamento del sistema locale di incident reporting: sensibilizzazione alla segnalazione degli eventi avversi e degli eventi evitati, superamento delle barriere alla segnalazione attraverso:</p> <p>A - l'applicazione della PG Gestione degli eventi avversi ed incident reporting nelle strutture</p> <p>B - Facilitare ed incoraggiare la segnalazione e l'analisi degli eventi avversi e degli eventi evitati, offrire sostegno per l'individuazione e l'implementazione di interventi preventivi o migliorativi</p>	M0280 N° schede Segnalazione di eventi avversi o quasi eventi compilate e trasmesse al servizio GRC /anno	= 100%	= 100%	= 100%
E.3	Contenimento della spesa farmaceutica e dei DM	rispetto del Tetto della Farmaceutica Convenzionata	49.377.798	49.377.798	49.377.798
	Miglioramento appropriatezza prescrittiva ausili assistenziali pazienti a domicilio	<p>1. documento di costituzione della equipe;</p> <p>2. documento di approvazione del Protocollo;</p> <p>3.modulistica</p>	<p>1.Istituzione di una equipe dedicata del Centro ausili per la valutazione a domicilio degli ausili;</p> <p>2. Creazione di protocolli di collaborazione con i MMG, Riabilitazioni territoriali e prescrittori della protesica;</p> <p>3. Creazione modulistica di prescrizione ausili alla dimissione dai reparti di riabilitazione intensiva</p>	<p>1.Istituzione di una equipe dedicata del Centro ausili per la valutazione a domicilio degli ausili;</p> <p>2. Creazione di protocolli di collaborazione con i MMG, Riabilitazioni territoriali e prescrittori della protesica;</p> <p>3. Creazione modulistica di prescrizione ausili alla dimissione dai reparti di riabilitazione intensiva</p>	<p>1.Istituzione di una equipe dedicata del Centro ausili per la valutazione a domicilio degli ausili;</p> <p>2. Creazione di protocolli di collaborazione con i MMG, Riabilitazioni territoriali e prescrittori della protesica;</p> <p>3. Creazione modulistica di prescrizione ausili alla dimissione dai reparti di riabilitazione intensiva</p>
	Promozione dell'appropriatezza della richiesta di emocomponenti ed emoderivati	Numero grammi albumina richiesti/numero grammi albumina richiesti anno 2023	riduzione del 5% delle richieste di albumina rispetto al 2023	riduzione del 5% delle richieste di albumina rispetto al 2023	riduzione del 5% delle richieste di albumina rispetto al 2023
		Numero unità di emocomponenti richiesti/emocomponenti trasfusi	> = 80%	> = 80%	> = 80%
	Razionalizzazione del consumo di beni sanitari	[M0373] Rispetto del budget di spesa per l'assistenza integrativa	= < spesa assistenza integrativa anno 2023	= < spesa assistenza integrativa anno 2023	= < spesa assistenza integrativa anno 2023
		[M0374] Rispetto del budget di spesa per le prescrizioni degli ausili protesici	= < spesa per le prescrizioni di ausili anno 2023	= < spesa per le prescrizioni di ausili anno 2023	= < spesa per le prescrizioni di ausili anno 2023
Riduzione delle richieste di esami di laboratori e diagnostica per immagine (TAC-RM)	numero esami richiesti (laboratorio)/numero di esami richiesti anno 2019 (laboratorio)	riduzione del 5% delle richieste di esami (laboratorio) anno 2019 a parità di casi e di tipologia e di numero di pazienti trattati	riduzione del 5% delle richieste di esami (laboratorio) anno 2019 a parità di casi e di tipologia e di numero di pazienti trattati	riduzione del 5% delle richieste di esami (laboratorio) anno 2019 a parità di casi e di tipologia e di numero di pazienti trattati	
	numero esami richiesti (TC e RM)/numero di esami richiesti anno 2019 (TAC, RM)	riduzione del 5% delle richieste di esami (TAC- RM) anno 2019 a parità di casi e di tipologia e di numero di pazienti trattati	riduzione del 5% delle richieste di esami (TAC- RM) anno 2019 a parità di casi e di tipologia e di numero di pazienti trattati	riduzione del 5% delle richieste di esami (TAC- RM) anno 2019 a parità di casi e di tipologia e di numero di pazienti trattati	
Riunioni con AFT come previsto dalla Delibera Regionale e incontri con i MMG con maggiore spesa (redazione verbali degli incontri) .	n. contestazioni /anno verbalizzate	la Commissione Distrettuale deve effettuare almeno 3 contestazioni/anno (verbalizzate) per AFT, ai MMG a più alta spesa. Tale indicatore non è valido se all'interno della AFT tutti i	la Commissione Distrettuale deve effettuare almeno 3 contestazioni/anno (verbalizzate) per AFT, ai MMG a più alta spesa. Tale indicatore non è valido se all'interno della AFT tutti i	la Commissione Distrettuale deve effettuare almeno 3 contestazioni/anno (verbalizzate) per AFT, ai MMG a più alta spesa. Tale indicatore non è valido se all'interno della AFT tutti i	

			MMG risultano con la spesa allineata a quanto previsto.	MMG risultano con la spesa allineata a quanto previsto.	MMG risultano con la spesa allineata a quanto previsto.
	Valutazione outcome ausili dei pazienti presi in carico dal Centro Ausili	questionario	Sistematizzare la valutazione dell'outcome come prassi consolidata per la valutazione dell'efficacia delle prestazioni, follow up dei pazienti e miglioramento continuo del servizio offerto: predisposizione di un questionario di customer satisfaction	Sistematizzare la valutazione dell'outcome come prassi consolidata per la valutazione dell'efficacia delle prestazioni, follow up dei pazienti e miglioramento continuo del servizio offerto: predisposizione di un questionario di customer satisfaction	Sistematizzare la valutazione dell'outcome come prassi consolidata per la valutazione dell'efficacia delle prestazioni, follow up dei pazienti e miglioramento continuo del servizio offerto: predisposizione di un questionario di customer satisfaction

Obiettivi AREA F - PROMUOVERE LO SVILUPPO DELLE STRUTTURE E LA CULTURA GESTIONALE E PROFESSIONALE DEL PERSONALE

COD. RELAZIONE	OBIETTIVI	INDICATORE	VALORE NEGOZIATO		
			2025	2026	2027
F.1	Prevenire i fenomeni corruttivi attraverso l'attuazione e il rispetto delle misure di prevenzione	[M0204] N. misure adottate e rispettate/n. misure previste nella Nota D - fenomeni corruttivi	=100%	=100%	=100%
F.2	Promuovere la trasparenza attraverso l'attuazione e il rispetto delle misure di trasparenza e integrità	[M0204_1] N. misure adottate e rispettate/n. misure previste nella scheda di dettaglio - trasparenza	=100%	=100%	=100%
F.5	Elaborazione del programma lavori al fine di perseguire: - l'ammodernamento delle strutture - il ripristino delle strutture - le verifiche vulnerabilità sismiche e le opere di miglioramento strutturale - l'adeguamento di prevenzione antincendio - l'efficientamento energetico. Supporto, per la parte di competenza, alla redazione del Piano Investimenti	[M0061] Avvio ed esecuzione lavori come da piano lavori nel rispetto del cronoprogramma c.a.	=100%	=100%	=100%
F.7	Predisposizione/Aggiornamento di procedure operative di attività di propria competenza che favoriscano l'intersettorialità con le altre strutture Aziendali.	n. procedure trasmesse al Direttore del Dipartimento e al Controllo di Gestione	Almeno 2 procedure	Almeno 2 procedure	Almeno 2 procedure

FASI, SOGGETTI E TEMPI DEL PROCESSO DI REDAZIONE DEL PIANO

Con riferimento ai soggetti coinvolti per giungere alla definizione dei contenuti del Piano Triennale, si rappresenta che Il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario, supportati dal Controllo di Gestione, dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione, dal Responsabile della Trasparenza, dall'UOC Amministrazione del Personale, dall'UOC Economico Finanziario, dal Servizio Informatico, dall'UO Acquisti di Beni e Servizi, dal Servizio Attività Tecniche e dal Servizio Patrimonio, hanno predisposto la bozza del Piano sulla base degli indirizzi e delle indicazioni della Direzione Generale, coinvolgendo diversi attori, nonché tutti i Responsabili delle Strutture e Servizi dell'Area Centrale, i Responsabili delle Macroarticolazioni Aziendali, il Responsabile per la Trasparenza, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

Le principali fasi, i soggetti ed i tempi per il processo di redazione del Piano sono sinteticamente indicate nella seguente tabella.

	Fase del Processo	Attori
1	Avvio del processo di elaborazione del Piano	Direttore Generale Direttore Amministrativo Direttore Sanitario Controllo di Gestione Direttore generale Direttore Amministrativo Direttore Sanitario
2	Definizione degli obiettivi di performance	Controllo di Gestione Responsabili Strutture Aree Centrale Macroarticolazioni aziendali Responsabile per la Trasparenza Responsabile della Prevenzione della Corruzione Direttore Amministrativo Direttore Sanitario
3	Redazione del Documento	Controllo di Gestione Responsabile per la Trasparenza Responsabile della Prevenzione della Corruzione Direttore Amministrativo Direttore Sanitario
4	Condivisione del Piano della Performance	Collegio di Direzione Direttore Amministrativo Direttore Sanitario
5	Approvazione ed adozione del Piano	OIV Direttore Amministrativo Direttore Sanitario
6	Comunicazione del piano all'interno e all'esterno	Ufficio Comunicazione Responsabile per la Trasparenza

COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA E DI BILANCIO

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione Azienda Sanitaria USL Umbria 2

2025-2027- Annualità 2025

Direttore Generale f.f Dott. Piero Carsili

La definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della Performance è avvenuta in modo integrato con il processo di programmazione e di bilancio economico previsionale attraverso l'inclusione all'interno del Piano degli obiettivi strategici declinati nella proposta al Bilancio preventivo 2025 e l'attenzione a garantire il collegamento tra gli obiettivi strategici ed operativi del Piano 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.

Nel corso dell'anno di riferimento, qualora le attività periodiche di monitoraggio e di controllo, che si realizzano attraverso l'analisi tecnica del Controllo di Gestione e del Servizio Economico Finanziario, con il supporto delle Direzioni di Presidio/ Dipartimento/ Distretto e dei responsabili dei Servizi di line e di staff, evidenzino scostamenti di rilievo nel consumo dei fattori produttivi rispetto ai livelli attesi, vengono conseguentemente identificate e adottate specifiche azioni correttive volte al conseguimento dell'equilibrio economico.

LA MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

L'USL Umbria n. 2 utilizza il budget come strumento attraverso il quale condividere principi, strategie, obiettivi e responsabilità e coordinare le attività rispetto ai temi della qualità dei servizi offerti al cittadino, del miglioramento del benessere organizzativo interno, dell'ottimizzazione dei processi produttivi.

Il processo di budget si colloca all'interno della pianificazione sanitaria e sociale dell'Azienda, sviluppata in coerenza con le indicazioni, gli obiettivi e i vincoli economici definiti nell'ambito della programmazione sanitaria e sociale nazionale, regionale e locale e declina annualmente gli obiettivi strategici aziendali di medio-lungo periodo in obiettivi annuali, per soddisfare i requisiti relativi a tipologia e volume di prestazioni e sviluppo, innovazione e qualità dei servizi offerti.

Il processo di budget ha una valenza correlata all'anno di bilancio e costituisce il meccanismo operativo per il coordinamento dei processi produttivi, dell'innovazione tecnologica, del governo clinico e delle risorse, all'interno del quale includere gran parte dei programmi annuali delle attività.

Le Linee d'indirizzo aziendali per la programmazione sono definite dalla Direzione Aziendale e tengono conto:

- di quanto previsto dalle linee di indirizzo nazionali e regionali, in particolare, relativamente ai programmi e progetti di sviluppo e innovazione, alle risorse assegnate o ai vincoli di spesa;
- dei documenti di programmazione sanitaria locale;
- del preconsuntivo dell'esercizio in corso.

Il processo di programmazione e budget si conclude l'anno successivo a quello di esercizio con la verifica della gestione annuale, una volta che le banche dati aziendali sono consolidate.

La Direzione Aziendale, sulla base dei risultati evidenziati dal sistema di monitoraggio (confronto tra risultati attesi e conseguiti), valuta le performance conseguite e predisponde la relazione conclusiva sui risultati della gestione.

Il Processo di Budget è inteso, quindi, come lo strumento operativo con il quale, annualmente, vengono trasformati piani e programmi aziendali di medio e lungo periodo in obiettivi specifici articolati rispetto alla struttura delle responsabilità organizzative ed economiche interne, rappresenta lo strumento principe dei sistemi di programmazione e controllo e consente di attribuire ai diversi Centri di Responsabilità obiettivi e risorse necessarie per l'attività da svolgere.

L'adozione di un tale sistema di gestione, comporta il necessario sviluppo di sistemi di controllo per il monitoraggio, la valutazione e la regolazione dei processi e dei risultati assistenziali e gestionali raggiunti.

In particolare il Budget permette:

- la traduzione dei programmi di medio lungo periodo in piani di azione annuali, attraverso l'attribuzione degli obiettivi aziendali alle strutture organizzative;
- il consolidamento di un cambiamento organizzativo finalizzato ad esplicitare la strategia, a chiarire, condividere e negoziare gli obiettivi, ad orientare realmente i comportamenti;
- il monitoraggio costante delle attività e dei costi al fine di evidenziare eventuali criticità per le quali siano necessari interventi correttivi.

Il Budget è, inoltre, il principale strumento di integrazione tra i diversi processi aziendali:

- lo svolgimento delle attività cliniche e assistenziali,
- l'assunzione del personale,
- l'acquisizione di beni e servizi,
- l'acquisizione di beni sanitari
- l'acquisizione delle attrezzature sanitarie,
- la valutazione e delle performance gestionali,
- la valutazione delle performance individuali,
- la formazione,
- la gestione manutentiva del patrimonio immobiliare indisponibile;
- l'adeguamento agli standard qualitativi, tecnologici e strutturali delle strutture aziendali ai requisiti specifici per l'esercizio delle attività istituzionali.

Il processo aziendale di **gestione della performance** è composto, in estrema sintesi, dalle seguenti fasi:

- definizione e negoziazione degli obiettivi strategici ed operativi che devono essere raggiunti dalle strutture aziendali con relativi indicatori e valori attesi, nonché di definizione ed assegnazione degli obiettivi individuali da raggiungere da parte dei singoli professionisti;
- monitoraggio nel corso dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi tramite l'analisi dell'andamento degli indicatori e degli scostamenti dei valori assunti dagli indicatori stessi dai valori attesi, con conseguente eventuale adozione di azioni correttive;
- misurazione e valutazione a chiusura dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi sia delle strutture che dei singoli professionisti e correlata distribuzione degli incentivi.

La **fase di programmazione** prende avvio con la programmazione sanitaria regionale, le linee guida emanate dalla Regione per la redazione dei Bilanci Annuali e Pluriennali di Previsione delle Aziende Sanitarie, le delibere regionali di assegnazione degli obiettivi alle aziende e si concretizza nel "Programma Annuale di attività dei dipartimenti, delle strutture e dei servizi", previsto dall'art. 11 comma 5a della L.R. 11/2015 "Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali".

La Direzione aziendale definisce quindi le linee di programmazione strategiche aziendali che poi vengono declinate, tramite il processo di budget, in obiettivi operativi (e relativi indicatori e valori attesi).

Si procede quindi alla fase di negoziazione attraverso un percorso articolato in 3 livelli:

incontri di negoziazione fra la Direzione Aziendale e le Macroarticolazioni aziendali sanitarie (Distretti, Dipartimenti e Presidi), con le strutture dell'area centrale, rappresentando questo il primo livello di negoziazione (I livello);

incontri di negoziazione fra le Macroarticolazioni aziendali e le strutture di riferimento, ovvero le strutture semplici di livello dipartimentale o distrettuale (II livello);

incontri in seno alle singole strutture per condividere e partecipare a tutte le risorse umane gli obiettivi della struttura e coinvolgere tutto il personale nel processo di programmazione e controllo aziendale (III livello).

Gli obiettivi di budget sono parte integrante degli obiettivi di performance individuali, strettamente legati a quelli delle strutture. Essi, congiuntamente ai comportamenti organizzativi ed alle competenze espresse, sono assegnati ai singoli operatori tramite apposita scheda.

Il **monitoraggio** periodico si svolge durante l'anno, su base trimestrale: attraverso il monitoraggio dell'andamento degli indicatori a confronto con i valori attesi si evidenziano eventuali scostamenti e si individuano eventuali azioni correttive al fine di rendere possibile il raggiungimento degli obiettivi stessi a fine anno. L'analisi degli scostamenti tra obiettivi assegnati e risultati attesi, ancorché parziale, è svolta al fine di evidenziare le possibili cause che hanno determinato eventuali scostamenti; nel caso in cui le cause siano interne si porrà la necessità di intraprendere azioni correttive; se invece sono esterne, nascerà la necessità di rinegoziare gli obiettivi stessi.

A conclusione del ciclo di budgeting si procede alla **misurazione e valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi**. La valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi riguarda sia gli adempimenti che gli obiettivi misurabili, posto che per tutti gli obiettivi è precisato l'indicatore preposto e il valore atteso per l'anno di riferimento. La valutazione sul raggiungimento degli obiettivi di budget viene espressa in percentuale, da un minimo di 0 ad un massimo di 100%, con percentuali

intermedie, in rapporto al valore di consuntivo rispetto ai valori di range fissati. Il giudizio complessivo sul raggiungimento degli obiettivi di budget sarà definito come specificato di seguito:

0 - 50%	Insufficiente
51 - 79%	Sufficiente
80 - 89%	Buono
90 - 100%	Ottimo

Le schede rivalutate vengono trasmesse in via definitiva ai responsabili dei CdA per l'apposizione della controfirma per accettazione, per poi essere rimesse al Nucleo Interno per la Valutazione ed al Controllo Strategico per la valutazione di II istanza. Il risultato delle valutazioni del NIV viene trasmesso alla Direzione Generale.

OBIETTIVI OPERATIVI ASSEGNATI AL PERSONALE

Il ciclo di gestione della performance organizzativa dell'azienda è integrato con quello della performance individuale attraverso il sistema di programmazione che, a partire dalle linee strategiche di indirizzo sulla programmazione pluriennale ed annuale, prevede la definizione e la declinazione degli obiettivi aziendali a tutti i livelli dell'organizzazione.

La valutazione della performance individuale infatti si correla sia alla dimensione organizzativa (art. 8 del D.lgs. 150/2009), sia a quella individuale (art. 9 del D.lgs. 150/2009) della performance, elementi che costituiscono il necessario presupposto per l'applicazione della premialità attuabile in Azienda.

Conclusa la negoziazione di budget con l'assegnazione degli obiettivi operativi per la struttura da conseguire nel corso dell'anno, è stata avviata la fase di pianificazione per la valutazione della performance individuale con l'assegnazione degli obiettivi individuali da assegnare alle diverse figure professionali dirigenziali e non garantendo la diffusione dei contenuti negoziati ed il coinvolgimento di tutti i professionisti nel raggiungimento dei risultati attesi.

I cardini di tale pianificazione sono caratterizzati da:

- obiettivi gestionali e di budget delle strutture
- attività e competenze professionali dei diversi profili.

La performance individuale di ciascun professionista viene misurata attraverso specifica scheda annuale. La misurazione della performance individuale viene distinta in funzione delle qualifiche professionali e degli obiettivi assegnati.

La scheda è articolata in due sezioni distinte:

1. Sez. A, contributi individuali di natura professionale e di natura comportamentale/relazionale specifiche del professionista e si sostanziano in 12 item, la cui

valutazione si misura con un livello di raggiungimento da 1 a 4 laddove tali valori hanno il significato esplicitato nella tabella successiva.

Valutazione	Livello	Significato
1	SCARSO	Descrive un livello di contributo inferiore rispetto all'atteso.
2	MIGLIORABILE	Descrive un livello di contributo sufficiente, che risponde parzialmente alle attese e presenta significativi margini di miglioramento.
3	BUONO	Descrive un livello di contributo pienamente corrispondente all'atteso.
4	OTTIMO	Descrive un livello di contributo superiore alle attese, di qualità ottima e costante nel tempo.

2. Sez. B contributo ai programmi e alla gestione aziendale e quindi al governo degli obiettivi della struttura di appartenenza (Performance organizzativa).

Ciascun professionista è valutato in base al contributo apportato al raggiungimento degli obiettivi della propria unità operativa, al grado di raggiungimento degli obiettivi individuali ed in relazione alle competenze organizzative espresse.

Per il personale Aree Dirigenziali l'articolazione della scheda è correlata alla tipologia di incarico conferito. Sono strutturate, pertanto, due tipologie di schede *individuali*:

- mod. 01 per il Direttore di Struttura Complessa e per il Responsabile Struttura Semplice. In tale scheda, oltre agli item della Sez.A , l'obiettivo di budget declinato risponde al conseguimento degli obiettivi della scheda di budget negoziati con la Direzione Generale o Direttore di Struttura Complessa;
- mod. 02 per il Titolare di Incarico di natura Professionale. In tale scheda, oltre agli item della Sez. A, l'obiettivo di budget declinato risponde al contributo del professionista al raggiungimento degli obiettivi di budget della struttura di appartenenza.

Per il personale del Comparto l'articolazione della scheda è correlata alla tipologia di incarico conferito (Posizione Organizzativa ed Incarico di Coordinamento), alla qualifica e categoria di appartenenza. Sono strutturate, pertanto, tre schede:

- mod. 03 per i *titolari di Posizione Organizzativa o di Incarico di Coordinamento*. In tale scheda, oltre agli item della Sez. A, l'obiettivo di budget declinato risponde al raggiungimento degli obiettivi della scheda di budget della Struttura di appartenenza;
- *mod. 04 per il personale appartenente alla cat. Ds, D e C*. In tale scheda, oltre agli item della Sez. A, l'obiettivo di budget declinato risponde al contributo del

professionista al raggiungimento degli obiettivi di budget della struttura di appartenenza;

- *mod. 05 per il Personale del Comparto appartenente alle cat. Bs, B, A.* In tale scheda, oltre agli item della Sez. A, l'obiettivo di budget declinato risponde al contributo del professionista al raggiungimento degli obiettivi di budget della struttura di appartenenza.

Nell'ambito della metodologia di calcolo per il raggiungimento degli obiettivi di performance individuali la ripartizione del peso degli obiettivi presenti nella sezione A e nella Sezione B è così diversificata:

- Sezione "A" 48 punti complessivi
- Sezione "B" 52 punti complessivi.

È stato previsto altresì, il riconoscimento dell'Eccellenza professionale e comportamentale. Il valutatore infatti potrà esprimere una nota di merito relativa all'eccellenza professionale e comportamentale del valutato e potrà a tale titolo redigere apposita relazione dettagliatamente motivata, da inserire nel fascicolo personale, senza influire nell'assegnazione delle risorse destinate alla premialità.

La valutazione del personale è effettuata in prima istanza dal soggetto cui è assegnata la responsabilità della risorsa umana ed è preceduta da una autovalutazione del professionista limitatamente alla Sezione A – Contributi individuali. L'autovalutazione viene discussa da valutato e valutatore al momento del colloquio di valutazione, al termine del quale il Valutato esprime la propria accettazione o non accettazione della valutazione.

Qualora il Valutato non accetti la valutazione, può proporre le proprie osservazioni, entro 5 giorni dalla data di non accettazione, al Direttore Amministrativo o al Direttore Sanitario chiedendo, se lo ritiene opportuno, anche di essere ascoltato dal medesimo.

Il Direttore Sanitario o il Direttore Amministrativo, o loro delegati, entro 10 giorni dal ricevimento del ricorso, si pronunceranno in merito rendendo definitiva la valutazione della Sezione A.

La valutazione della Sezione B, legata alla performance organizzativa, è effettuata a seguito dei risultati di budget raggiunti dalla Struttura di appartenenza.

Alla valutazione performance individuale è collegato anche il riconoscimento della retribuzione di risultato.

AZIONI PER IL MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

Il Piano della Performance dell'USL Umbria n. 2 è uno strumento dinamico, aggiornato periodicamente, nell'ottica del miglioramento continuo della gestione delle performance. Attraverso l'aggiornamento sarà possibile individuare eventuali nuovi obiettivi di salute e programmazione economico – finanziaria aziendali o adeguare gli obiettivi e i target già assegnati sulla base delle evidenze emerse in corso di monitoraggio.

Inoltre, affinché la procedura del Ciclo di gestione della performance possa migliorare la sua significatività e la sua attitudine a svolgere il ruolo di strumento di governo, di trasparenza e di responsabilizzazione, si illustrano le azioni da porre in essere per il suo miglioramento:

- la promozione ulteriore della cultura aziendale della partecipazione e del coinvolgimento del personale nella definizione degli obiettivi e nell'individuazione del contributo atteso delle strutture e dei singoli professionisti;
- il miglioramento dell'integrazione del ciclo della performance organizzativa e della performance individuale anche attraverso piani di miglioramento e il miglioramento della codifica e classificazione degli obiettivi;
- l'utilizzo del datawarehouse e del sistema informativo tale da permettere la definizione, il monitoraggio e la verifica degli obiettivi organizzativi e degli obiettivi individuali nonché la valutazione di fine esercizio e la successiva programmazione;
- la verifica della congruità degli obiettivi assegnati in relazione alla mission aziendale e all'attività delle unità operative coinvolte;
- la formazione continua dei valutatori per la gestione dei colloqui di valutazione, per l'individuazione di azioni di miglioramento e sviluppo dei collaboratori, per la gestione del conflitto;
- la capacità del sistema di valutazione di contribuire al miglioramento del clima interno dell'organizzazione e dello sviluppo professionale delle risorse coinvolte nel processo di valutazione della performance. Al riguardo un contributo prezioso sono le indagini interne sul benessere organizzativo che permettono di misurare lo stato di salute dell'organizzazione declinato nel relativo grado di benessere fisico, psicologico e lavorativo e conseguentemente le azioni da intraprendere per il miglioramento qualitativo e quantitativo dei risultati prestazionali attesi;
- l'implementazione ulteriore della qualità degli obiettivi-target, legati alle tematiche della prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- l'ulteriore sviluppo, nel tempo, di iniziative finalizzate al miglioramento continuo del sito WEB e contestualmente del processo di comunicazione interna, teso anche alla condivisione dei risultati perseguiti e delle dinamiche di sviluppo degli obiettivi e delle azioni programmatiche aziendali;
- il miglioramento delle modalità e degli strumenti di comunicazione nei confronti degli stakeholder esterni e del processo di Customer satisfaction.

RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

PREMESSE, OBIETTIVI ED AZIONI DEL PIANO

L'impianto normativo posto a rafforzare la lotta alla corruzione, declinato dai Piani Nazionali Anticorruzione per le Pubbliche Amministrazioni, ha articolato il processo di formulazione e attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione su due livelli.

PREMESSE, OBIETTIVI ED AZIONI DEL PIANO

Al primo livello, quello "nazionale", in base alla legge, le strategie di Prevenzione e contrasto alla corruzione derivano dall'Azione sinergica di tre soggetti:

- ✓ il Comitato Interministeriale che ha il compito di fornire indirizzi attraverso l'elaborazione di linee guida,
- ✓ il Dipartimento della Funzione Pubblica, che opera come soggetto promotore delle strategie di prevenzione e contrasto alla corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione, come coordinatore della loro attuazione,
- ✓ l'Autorità Nazionale Anticorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche (A.N.A.C., ex Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni pubbliche C.I.V.I.T.), di cui all'art. 13 del D.Lgs. 150/2009, che in qualità di Autorità Nazionale Anticorruzione, svolge funzioni di raccordo con le altre autorità ed esercita poteri di vigilanza e controllo per la verifica dell'efficacia delle misure di prevenzione adottate dalle amministrazioni nonché sul rispetto della normativa della trasparenza.

Al secondo livello, quello "decentrato", ogni amministrazione pubblica definisce un proprio P.T.P.C.T. che, sulla base delle indicazioni presenti nel P.N.A., effettua l'analisi e la valutazione dei rischi specifici di corruzione e conseguentemente indica gli interventi organizzativi volti a prevenirli.

Sistema organico di prevenzione della corruzione articolato su due livelli:



Figura 1 Sistema prevenzione della corruzione

La funzione principale del P.N.A. è quella di assicurare l'attuazione coordinata delle strategie di prevenzione della corruzione nella pubblica amministrazione elaborate a livello nazionale e internazionale. Il sistema deve garantire che le strategie nazionali si sviluppino e si modifichino a seconda delle esigenze e del feedback ricevuto dalle amministrazioni, in modo da mettere a punto degli strumenti di prevenzione mirati e sempre più incisivi.

In questa logica, l'adozione del P.T.P.C.T. non si configura come un'attività una tantum, bensì come un processo ciclico in cui le strategie e gli strumenti vengono progressivamente affinati, modificati o sostituiti in relazione al feedback ottenuto dalla loro applicazione.

Inoltre, l'adozione del P.T.P.C.T. tiene conto dell'esigenza di uno sviluppo graduale e progressivo del sistema di prevenzione, nella consapevolezza che il successo degli interventi dipende in larga misura dal consenso sulle politiche di prevenzione, dalla loro accettazione e dalla concreta promozione delle stesse da parte di tutti gli attori coinvolti.

Nel predisporre le misure di prevenzione dei fenomeni corruttivi il Piano individua le tipologie di rischio, valuta il loro impatto all'interno e all'esterno dell'amministrazione, stima la probabilità degli eventi, individua l'approccio culturale e metodologico da utilizzare. La gestione del rischio etico richiede, infatti, una chiara visione degli obiettivi strategici dell'organizzazione aziendale, una precisa conoscenza del modello organizzativo e dei processi di lavoro, la capacità di combinare il rispetto delle norme con gli effetti economici, finanziari, di servizio e di immagine della Azienda.

Il P.T.P.C.T. nello sforzo di prevenire fenomeni corruttivi attraverso le logiche e gli strumenti di risk management, persegue la finalità di:

- rendere omogenea la conoscenza sui concetti di rischio e di etica, sui modelli e sugli strumenti per la gestione del rischio di corruzione;
- favorire l'adozione di approcci e modalità uniformi da parte dei diversi Servizi Aziendali nell'analisi e nella gestione del rischio di corruzione;
- guidare i Servizi nell'adozione di processi e strumenti di risk management, fornendo indicazioni metodologiche e operative;
- favorire forme diffuse di controllo;
- rendere più semplice l'accesso ai dati e ai documenti della PA;
- razionalizzare e precisare gli obblighi di pubblicazione in capo ai soggetti coinvolti;
- essere funzionale ad un moderno sviluppo del Piano delle Performance aziendali.

In tale quadro di riferimento si inserisce il presente aggiornamento del Piano Aziendale per la Prevenzione della Corruzione da valere per il triennio 2025 – 2027.

La L. 190/2012 fissa al 31 gennaio di ogni anno l'adozione del PTPCT, che, dal corrente anno 2025 costituirà una sezione del PIAO così come previsto dalla L. 113/2021.

L'impianto fondamentale del Piano scaturisce dagli indirizzi e direttive forniti da parte di ANAC nel Piano Nazionale Anticorruzione³ anno 2019.

Esso riporta, fra l'altro, i risultati dell'analisi condotta nel corso del 2018 dall'Università degli Studi di Tor Vergata sui PTPCT evidenziando un miglioramento complessivo della qualità dei Piani⁴.

³ Delibera ANAC 1064 del 13/11/2019.

⁴ Vedi § 1.1 PNA 2018 adottato con delibera ANAC n. 1074 del 21/11/2018

La novità normativa più saliente è, tuttavia, rappresentata dall'adozione del DL n. 80 del 9 giugno 2021, convertito in Legge 113 del 6 agosto 2021, che introduce per tutte le amministrazioni il Piano integrato di attività e di organizzazione (PIAO). Il principio che guida la definizione del PIAO è dato dalla volontà di superare la molteplicità, e conseguente frammentazione, degli strumenti di programmazione oggi in uso ed introdotti in diverse fasi dell'evoluzione normativa, e creare un piano unico di governance di un ente.

Nella procedura di aggiornamento da valere per il Piano nel triennio 2025/2027 si è continuato a lavorare nel tentativo di rendere il Piano da un lato lo strumento aziendale di programmazione di attività e servizi con tempistiche di realizzazione e definizione di incarichi e responsabilità, e dall'altro come uno strumento di guida e di confronto nelle attività quotidiane che dirigenti, operatori e collaboratori in genere possano consultare per svolgere al meglio le proprie mansioni.

L'aggiornamento del Piano ha comportato l'avvio di un processo di revisione della mappatura dei processi e della valutazione dei rischi l'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, al fine di considerare, nell'ottica della prevenzione della corruzione, il perseguimento degli obiettivi del Piano Sanitario Regionale e della conseguente programmazione strategica aziendale.

Questo lavoro all'interno della Azienda USL Umbria n.2, persegue inoltre la finalità di:

- rendere omogenea la conoscenza sui concetti di rischio e di etica, sui modelli e sugli strumenti per la gestione del rischio corruzione;
- favorire l'adozione di approcci e modalità uniformi e rispettose della normativa nell'analisi e nella gestione del rischio di corruzione;
- guidare e sensibilizzare tutti i servizi aziendali fornendo indicazioni metodologiche, operative e normative nella gestione del fenomeno corruttivo nell'adozione e gestione di nuovi processi nella gestione delle attività quotidiane.

Di seguito le principali misure organizzative e di contenuto introdotte con l'attuale aggiornamento, con particolare riferimento alle modalità di coordinamento tra RPC e i responsabili degli uffici chiamati ad elaborare le altre sezioni del PIAO e al contributo degli altri organi aziendali di controllo interno, il cui ruolo deve essere valorizzato ai fini di un più efficace monitoraggio e controllo delle misure del Piano anticorruzione, tenuto anche conto che il RPC non dispone, attualmente, per motivi organizzativi, di un numero di risorse umane adeguato ad operare nell'ambito di un sistema complesso quale quello aziendale.

Quadro delle attività di prevenzione della corruzione.

Schematicamente si esplicitano nella rappresentazione sottostante gli strumenti a disposizione e le diverse misure della prevenzione della corruzione

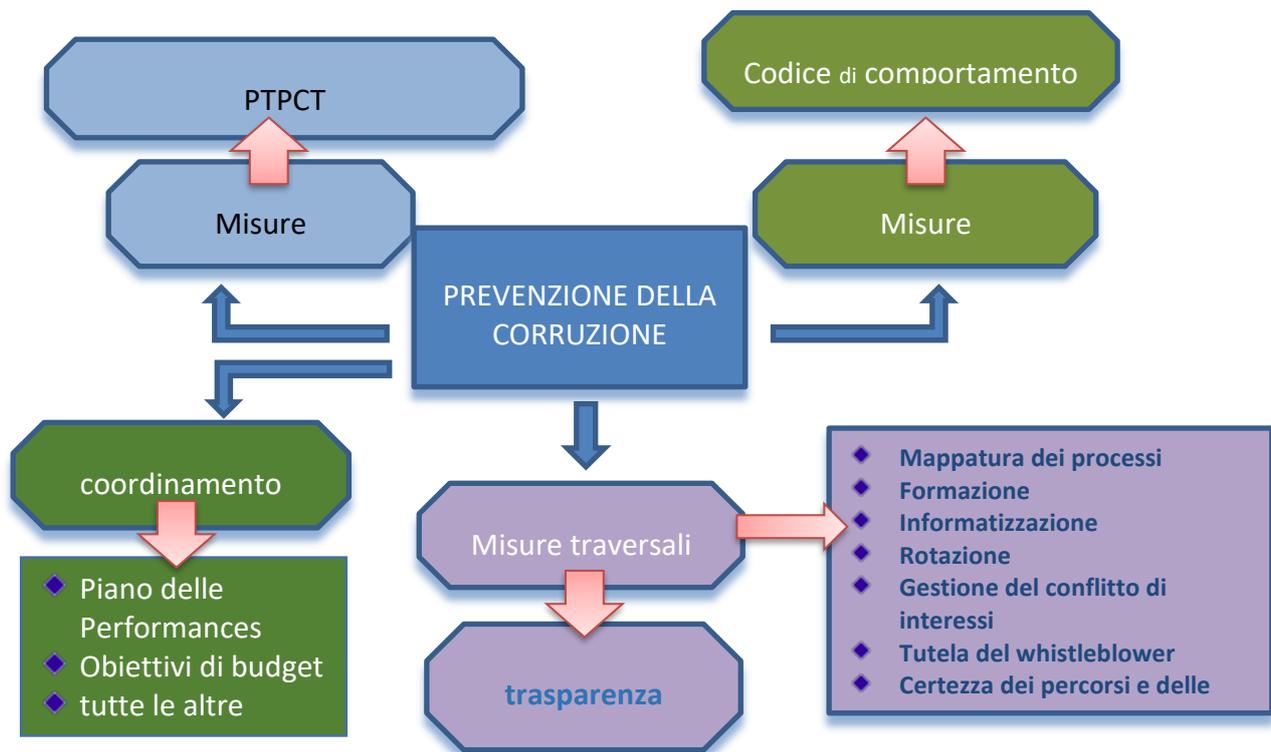


Figura 2 Scheda prevenzione della corruzione

Attività formativa⁵.

L'Azienda USL Umbria n.2 ha approvato il Piano formativo aziendale per l'anno 2025⁶ che ha previsto, fra l'altro, la prosecuzione del percorso formativo aziendale in materia di prevenzione della corruzione ed in materia di trasparenza e previsto come formazione obbligatoria. Tale percorso formativo, iniziato già nel 2018, ha coinvolto i dipendenti neoassunti ed i dipendenti dei ruoli amministrativi e tecnici ed ha previsto n.23 edizioni (n.4 presso il P.O. di Orvieto, n. 6 presso la sede di Foligno, n. 5 presso il P.O. di Spoleto, n. 6 presso la sede di Terni, n.2 in FAD anno 2020, n.2 in FAD anno 2021) e coinvolto circa 1.700 discenti. I corsi sono stati organizzati facendo ricorso alle professionalità interne all'Azienda. Anche durante questo ultimo anno, compatibilmente con i disagi conseguenti alla diffusione pandemica, pur con importante impegno organizzativo/tecnologico/gestionale, si è dato corso ad attività formativa in modalità on line. In tutti i corsi si è data evidenza da un lato a tutti gli aspetti normativi e dall'altro ai contenuti specifici del Piano che hanno una implicazione diretta sulle attività quotidiane. Particolare risalto ed enfasi sono stati dati alle tematiche ed ai concetti relativi ad etica, moralità, imparzialità, senso civico.

Attività informativa.

⁵ In proposito cfr. § 19 "Formazione dei dipendenti"

⁶ delibera del Direttore Generale n. 200 del 15/02/2022



USL Umbria2

Nel corso dell'ultimo anno si è cercato di tenere alta l'attenzione sulla prevenzione della corruzione, sui principi di legalità, integrità e trasparenza, segnalando in particolare le novità legislative e/o regolamentari che di volta in volta aggiornano il panorama normativo o, semplicemente richiamando particolari e contingenti paragrafi del P.T.P.C.T.

Lo stesso richiamo ai principi di etica, legalità e moralità è stato continuamente ribadito anche in tutti gli incontri effettuati con i servizi durante le riunioni di budget, nelle quali sono stati coinvolti il RPC ed il referente per la prevenzione della corruzione.

La medesima attività è stata svolta in occasione di alcune riunioni Dipartimentali.

Attività informativa - "Il Piano in Pillole"

Al fine di esercitare continuo interesse, diffondere la conoscenza di novità normative, focalizzare l'attenzione su aspetti rilevanti in materia, il RPC ed il RT hanno proseguito con la diffusione di note informative organizzate in brevi focus su argomenti di interesse inviati a tutti gli operatori attraverso gli account di posta elettronica aziendali. Si è ritenuto importante il ricorso a tale strumento sostanzialmente per:

- la velocità di espansione della comunicazione,
- la capillarità di diffusione presso tutti gli operatori,
- la semplicità dell'esposizione delle tematiche attraverso l'utilizzo di un testo discorsivo e non in "burocratese",
- la concentrazione dell'informazione con un focus limitato ad un solo argomento.

Le diverse comunicazioni del "Piano in pillole" sono pubblicate e conservate all'interno della pagina dedicata alla prevenzione della corruzione del sito web aziendale.

Inoltre si è proceduto anche alla riorganizzazione dei contenuti e dell'aspetto della pagina web aziendale dedicata alla prevenzione della corruzione nel tentativo di rendere tutto il materiale a disposizione più facilmente fruibile da parte di tutti gli utenti.

Figura 3 "Il Piano in Pillole"



"Il Piano in pillole"

Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione
e della Trasparenza (P.T.P.C.T.)

⁷ comunicazione 1/2017: adesione ad associazioni ed organizzazioni comunicazione. 2/2017: il conflitto di interesse comunicazione. 3/2017: licenziamenti disciplinati nella pubblica amministrazione comunicazione. 4/2017: whistleblower comunicazione. 5/2017: accesso agli atti - accesso generalizzato (FOIA). comunicazione 1/2018: amministrazione trasparente comunicazione 1/2019: PTPCT.



Premesse generali

Le attività di anticorruzione e trasparenza dell'Azienda USL Umbria 2 sono ora inserite all'interno del Piano Integrato di Organizzazione e Attività (PIAO) ma si collocano comunque in una linea di tendenziale continuità con i precedenti PTPCT.

Infatti il coordinamento dei documenti di programmazione inseriti nel PIAO è funzionale alla prevenzione della corruzione contribuendo a semplificare le procedure, ridurre gli adempimenti burocratici, evitare gli sprechi e le ridondanze tra i processi e le attività istituzionali, per migliorare complessivamente la qualità dell'agire delle amministrazioni. La sfida dei prossimi anni sarà quella di conciliare l'esigenza di mantenere un solido sistema di prevenzione della corruzione con la necessità di snellire le procedure burocratiche al fine di velocizzare i processi e le procedure aziendali; una sfida tanto più complessa alla luce del contesto di riferimento, con l'afflusso di un ingente flusso di denaro a disposizione a seguito del PNRR e con le deroghe alla legislazione vigente del Codice dei Contratti introdotte per esigenze di celerità della realizzazione dei molti interventi finanziati a livello europeo.

Il PIAO rappresenta un'opportunità per favorire questo corretto e delicato bilanciamento attraverso una integrazione effettiva dei documenti strategici dell'Azienda che presuppone una concreta collaborazione tra gli uffici aziendali per la creazione di valore pubblico e quindi per aumentare la qualità dei servizi di un'amministrazione di cui il sistema di prevenzione rappresenta una dimensione fondamentale: "Il contrasto e la prevenzione della corruzione [malamministrazione] sono funzionali alla qualità delle istituzioni e quindi presupposto per la creazione di valore pubblico anche inteso come valore riconosciuto da parte della collettività sull'attività dell'amministrazione in termini di utilità ed efficienza". Ne consegue che le misure di prevenzione della corruzione (e di anticiclaggio) inserite nel presente documento sono finalizzate alla "protezione di valore pubblico" e allo stesso tempo produttive di valore pubblico e per questo sono misure che incidono sull'organizzazione dell'Azienda contribuendo a realizzare la missione dell'Ente.

Proseguendo nel solco degli anni precedenti è stata rafforzata l'attività di monitoraggio al fine di identificare le variabili organizzative e i processi che richiedono maggiore sorveglianza e per programmare con razionalità le attività da svolgere nel futuro. Il monitoraggio rappresenta lo strumento per misurare, controllare e migliorare le attività svolte e per aggiornare il PTPCT

La presente sezione è stata elaborata sulla base dei Piani Nazionali Anticorruzione che nel tempo hanno fornito indicazioni e da ultimo il PNA adottato dal Consiglio dell'ANAC il 16 novembre 2022 e successivamente approvato, dopo i pareri dell'apposito Comitato interministeriale e della Conferenza Unificata Stato Regioni Autonomie locali con deliberazione del 17 gennaio 2023.

La presente sezione è integrata dai seguenti allegati:

1. "Analisi del contesto"
2. "Misure di prevenzione della corruzione"
3. "Mappatura dei processi"
4. "Codice di Comportamento"
5. "Trasparenza-Elenco obblighi di pubblicazione"
6. "Modulistica"

Gli attori del sistema Aziendale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

Nella gestione dell'intero processo di contrasto alla corruzione appare di fondamentale importanza configurare compiti e responsabilità ai soggetti interni all'Azienda dettandone così le responsabilità e gli obiettivi.

In base alle norme contenute nella legge n. 190/2012 ed alle indicazioni dei Piani Nazionali Anticorruzione, la Azienda USL Umbria n.2 identifica come destinatari del PTPCT:

- ✓ il Direttore Generale;
- ✓ i Direttori Amministrativo e Sanitario;
- ✓ gli organi di controllo interno destinatari di specifici obblighi di monitoraggio
- ✓ i dirigenti responsabili della elaborazione delle diverse sezioni del PIAO
- ✓ i dirigenti (a t.i. o a t.d. e comunque denominati);
- ✓ i dipendenti (a t.i. o a t.d. e comunque denominati);
- ✓ i componenti delle commissioni operanti all'interno dell'Azienda comunque denominate;
- ✓ i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo;
- ✓ i fornitori ed i collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione;
- ✓ gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi);
- ✓ i medici di Continuità Assistenziale.

“La nostra società ha bisogno di testimoni credibili che conducano la loro azione con coerenza e moralità rompendo l'area grigia dell'opportunità che purtroppo sfocia spesso nella corruzione, germe distruttivo della società civile.”
(Sergio Mattarella, agosto 2015)

Soggetti con ruolo nel PTPCT

I paragrafi contenuti nel presente articolo contengono la descrizione e le funzioni dei soggetti che hanno un ruolo all'interno del PTPCT. In tali paragrafi sono definite anche le modalità di collaborazione tra RPCT e gli altri soggetti della struttura per la fase di controllo e monitoraggio sull'attuazione delle misure previste. Ciò consente di individuare le eventuali modifiche da apportare alle misure già adottate, anche alla luce di segnalate significative violazioni delle prescrizioni, ovvero quando siano intervenuti mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione. Il fine è quello di realizzare una collaborazione costante e costruttiva con il RPCT, garantire una migliore definizione delle responsabilità, evitando che si assommino oneri eccessivi di controllo in capo al RPCT.

Il Direttore Generale dell'Azienda USL Umbria n.2.

Il Direttore Generale designa il RPCT, definisce gli obiettivi strategici e adotta il PIAO che contiene l'apposita sezione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, su proposta del RPCT, ed ogni altro atto connesso. Gli obiettivi in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza sono strettamente correlati agli obiettivi di valore pubblico indicati nel PIAO.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione ed il Responsabile della trasparenza.

Il RPCT svolge un ruolo di impulso e di coordinamento in materia di prevenzione della corruzione. Al fine di garantire che tale ruolo sia efficace, l'attività di gestione del rischio deve coinvolgere tutti coloro che operano nell'amministrazione (cfr. art. 8, D.P.R. 62/2013, art.16, co. 1, lett. l-bis), l-ter) e l-quater), d.lgs.165/2001 e art. 1, co. 7, 8 e 14, l. 190/2012 (l'organo di indirizzo, i dirigenti, OIV o Organismi analoghi, organi di controllo interno e dipendenti, ivi inclusi i referenti ove presenti, i soggetti tenuti all'adozione del PIAO.).

L'Azienda USL Umbria n.2 ha nominato con delibera del Direttore Generale n. 1402 del 29/09/2021 il Dr. Roberto Longari R.P.C. e con delibera del Direttore Generale n. 1168 del 14/10/2020 la D.ssa Lucia Luzzi RT. La necessità del mantenimento dei ruoli separati per RPC e RT permane a tutt'oggi tenuto conto della estrema complessità del contesto interno, dell'estensione territoriale, della capillarità dei Servizi presenti sul territorio, dell'elevato numero del personale dipendente e convenzionato, conseguenze anche della unificazione di due Aziende sanitarie territoriali.

Resta indiscusso il forte coordinamento fra le due figure.

Il RPC, in sinergia con il RT, deve predisporre il PTPCT che costituisce apposita sezione del PIAO, ed aggiornarlo annualmente.

Al Responsabile della trasparenza competono le seguenti principali attività e funzioni:

Compito specifico del responsabile per la Trasparenza è quello svolgere stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte della Azienda USL Umbria 2 degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, verificando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate.

In particolare, così come previsto dalla legge n. 190/2012, il RT dovrà provvedere:

- ✓ alla predisposizione e all'aggiornamento della sezione del Piano relativa alla trasparenza;
- ✓ vigilare sull'attuazione degli obblighi di trasparenza;
- ✓ segnalare i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione al Direttore Generale (organo di indirizzo politico), al Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) e, nei casi più gravi, all'ufficio procedimenti disciplinari (UPD);
- ✓ ricevere e rispondere alle richieste di accesso civico introdotto dall'art. 5 comma 1 del D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii. nei casi ivi previsti.

Naturalmente, per monitorare l'adempimento degli obblighi⁸, la norma richiede una forma di collaborazione a tutti i dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione, affinché garantiscano il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare.

Per quanto concerne il ruolo e poteri del RPC e del RT occorre far riferimento alla Delibera ANAC n. 840/2018⁹ che puntualizza poteri di controllo e verifica nel caso rilevi o siano segnalati casi di presunta corruzione ed alla delibera n. 833/2016¹⁰ per gli accertamenti delle inconferibilità e incompatibilità di incarichi e agli atti in materia di segnalazione di whistleblower.

⁸ comma 3 dell'art. 43 D.Lgs 33/2013

⁹ Delibera n. 840 del 2 ottobre 2018 avente ad oggetto: "richieste di parere all' ANAC sulla corretta interpretazione dei compiti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)"

¹⁰ Determinazione n. 833 del 3 agosto 2016 "Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.AC. in caso di incarichi inconferibili e incompatibili".



USL Umbria 2

Al Responsabile della prevenzione della corruzione competono le attività e funzioni previste dalla L.190/2012 e ss.mm.ii. e dai PNA¹¹.

Il RPC e il RT effettuano il monitoraggio di secondo livello a campione solo su taluni dei processi a rischio più legati agli obiettivi strategici individuati dal Direttore Generale. Tale scelta si rende necessaria in relazione alla complessità dell'azienda (numerosità dei processi mappati, estrema frammentazione territoriale, pluralità di incarichi assegnati a RPC, RT e referente) che non consente, allo stato attuale, un monitoraggio sulla totalità dei processi mappati.

Nel caso in cui, nello svolgimento della sua attività, il R.P.C. riscontri dei fatti:

- ✓ che possano presentare una rilevanza disciplinare, deve darne tempestiva informazione al dirigente preposto all'ufficio a cui il dipendente è addetto o al dirigente sovraordinato, se trattasi di dirigente, e all'ufficio procedimenti disciplinari affinché possa essere avviata con tempestività l'azione disciplinare;
- ✓ suscettibili di dar luogo a responsabilità amministrativa, deve presentare tempestiva denuncia alla competente procura della Corte dei Conti per le eventuali iniziative in ordine all'accertamento del danno erariale;
- ✓ che rappresentino notizia di reato, deve presentare denuncia alla Procura della Repubblica o ad un ufficiale di polizia giudiziaria con le modalità previste dalla legge (art. 331 c.p.p.) e deve darne tempestiva informazione all'Autorità nazionale anticorruzione.

che rappresentino disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, segnala l'evento al Direttore Generale ed al O.I.V. ed indica agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Lo svolgimento del ruolo di impulso che la legge affida al responsabile della prevenzione richiede che:

- ✓ l'organizzazione amministrativa sia resa trasparente, con evidenza delle responsabilità per procedimento, processo e prodotto;
- ✓ i Servizi aziendali siano, oltre che coordinati tra loro, rispondenti all'*input* ricevuto.

In caso di temporanea assenza il RPC è sostituito dal RT e viceversa. In caso di *vacatio* del RPC o del RT l'Azienda provvede alle nuove nomine nel più breve tempo possibile. Il referente per la corruzione.

Il referente per la corruzione.

La complessità dell'organizzazione aziendale ha fatto ritenere opportuno l'affiancamento al Responsabile della prevenzione della corruzione di un Referente. L'azione del Referente è subordinata alle indicazioni e istruzioni del Responsabile, che rimane il riferimento aziendale per l'implementazione della politica di prevenzione nell'ambito dell'amministrazione e degli adempimenti che ne derivano. Il Referente ha un ulteriore ruolo di supporto nelle attività amministrative finalizzate alla prevenzione della corruzione.

I soggetti che sono tenuti all'elaborazione del PIAO

¹¹ Vedi in particolare l'Allegato 2 al PNA 2018 "Riferimenti normativi sul ruolo e sulle funzioni del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)"

I soggetti tenuti all'elaborazione del PIAO, collaborano attivamente tra di loro scambiandosi informazioni e ricorrendo alla modalità organizzativa del gruppo di lavoro con l'obiettivo di integrare in modo sempre più completo, le diverse sezioni del PIAO.

I Dirigenti. Collaborazione e monitoraggio.

Tutti i dirigenti cooperano con proposte ed azioni concrete con il R.P.C. e con il R.T.

Ai dirigenti è assegnato il compito di agevolare il coinvolgimento di tutti i collaboratori, promuovendo e facilitando la partecipazione attiva a tutti i processi ed alle azioni indicate nel Piano. L'Azienda assicura quindi al R.P.C. il supporto delle professionalità operanti nei settori a più alto rischio di corruzione e, in generale, di tutti i servizi.

Le norme¹² affidano ai dirigenti poteri di controllo e obblighi di collaborazione e monitoraggio in materia di prevenzione della corruzione. Lo sviluppo e l'applicazione delle misure previste nel presente piano saranno quindi il risultato di un'azione sinergica del R.P.C. e dei singoli responsabili degli uffici, secondo un processo di ricognizione in sede di formulazione degli aggiornamenti e di monitoraggio della fase di applicazione.

I dirigenti quindi, per l'area di rispettiva competenza, devono, tra l'altro:

- ✓ svolgere attività informativa nei confronti del RPC, del RT, del referente e, in particolare, assicurare il monitoraggio degli obiettivi generali e specifici di prevenzione della corruzione loro affidati, documentando formalmente tale attività. A tal fine, i responsabili dei Servizi (Responsabili di dipartimento, SC, SSD, SS), almeno annualmente, redigono una apposita relazione sulla attuazione di tutte le misure di trattamento del rischio (monitoraggio di primo livello). Tale relazione è inviata al RPCT che monitora, a campione, il contenuto delle informazioni rese (monitoraggio di secondo livello).
- ✓ partecipare al processo di gestione del rischio
- ✓ proporre ulteriori misure di prevenzione
- ✓ mappare tutti i processi in capo alla struttura da essi diretta in piena sinergia con i RPC e RT;
- ✓ assicurare la diffusione e l'osservanza del Codice di Comportamento, del Piano della Trasparenza e verificare le eventuali ipotesi di violazione
- ✓ adottare le misure gestionali ed organizzative per le Strutture da Essi dirette
- ✓ osservare le misure contenute nel PTPCT
- ✓ garantire la corretta pubblicazione sul sito "Amministrazione Trasparente" delle informazioni di competenza dei servizi cui sono preposti
- ✓ contribuire al mutamento culturale del clima interno facendo emergere i casi in cui un dipendente ha svolto azioni particolarmente meritevoli.

¹² Fra tutti il comma dell'art. 16 D.Lgs. 165/2001, che attribuisce ai dirigenti specifiche competenze in materia di prevenzione della corruzione.

Gli attuali commi 1 bis), 1 ter) e 1 quater) prevedono che i dirigenti di ufficio dirigenziale generale, comunque denominato:

- 1 bis) concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti.
- 1-ter) forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo.
- 1-quater) 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.



USL Umbria2

I dipendenti.

Tutti i dipendenti sono tenuti al rispetto delle norme anticorruzione non solo nella considerazione che l'art. 1 co. 14 della 190/2012 prevede che *“la violazione, da parte dei dipendenti dell'amministrazione, delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare”*, ma anche quale impegno personale nel contribuire a creare un contesto sfavorevole ai fenomeni corruttivi e per contribuire a garantire il miglior uso delle risorse pubbliche. È evidente quindi la necessità che tutti i dipendenti siano completamente coinvolti nel processo di gestione del rischio in termini di partecipazione attiva, ed in particolare:

- ✓ al processo di autoanalisi organizzativa e di mappatura dei processi
- ✓ al processo di elaborazione e di gestione del rischio
- ✓ in sede di definizione delle misure di prevenzione
- ✓ in sede di attuazione delle misure di prevenzione adottate
- ✓ Tutti i dipendenti hanno il dovere¹³ di collaborare con il RPC e di:
- ✓ osservare le misure di prevenzione previste dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- ✓ adempiere agli obblighi del Codice di Comportamento DPR 62/2013 e del Codice di comportamento aziendale;
- ✓ effettuare le comunicazioni prescritte in materia di conflitto di interessi e di obbligo di astensione;
- ✓ segnalare i possibili illeciti (penali, disciplinari, amministrativo-contabili) di cui vengono a conoscenza seguendo la procedura delineata nel Codice di comportamento aziendale e, per quanto riguarda la segnalazione di illeciti o di irregolarità da parte dei cosiddetti whistleblowers, la procedura indicata all'interno del presente PTPCT.

Si evidenzia come la mancata collaborazione sia sanzionata disciplinarmente. In merito a tale punto si rinvia al Codice di Comportamento.

Soggetti che collaborano a qualsiasi titolo con l'Azienda

Tutti coloro i quali sono impegnati in attività di collaborazione con l'Azienda USL Umbria n.2 osservano le misure contenute nel presente PTPCT, si attengono alle norme contenute nel codice di comportamento, ove applicabili, e segnalano situazioni di illecito. A tali prescrizioni si adeguano sia coloro i quali hanno rapporti di natura negoziale-contrattuale con l'Azienda, sia i soggetti esterni che instaurano con l'Azienda rapporti di consulenza, di fornitura di beni e servizi, per la realizzazione di opere.

I capitolati d'appalto, le convenzioni e gli eventuali altri atti negoziali stipulati tra l'Azienda e i soggetti di cui sopra contengono l'impegno, da parte degli stessi, a rispettare le misure del presente Piano.

¹³DPR 62/2013 Art. 8 “Prevenzione della corruzione”

1. Il dipendente rispetta le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione. In particolare, il dipendente rispetta le prescrizioni contenute nel piano per la prevenzione della corruzione, presta la sua collaborazione al responsabile della prevenzione della corruzione e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, segnala al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui sia venuto a conoscenza.

§ 10 del codice di comportamento aziendale

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione Azienda Sanitaria USL Umbria 2

2025-2027- Annualità 2025

Direttore Generale f.f Dott. Piero Carsili



USL Umbria2

Ufficio Procedimenti Disciplinari della dirigenza e del comparto (U.P.D.).

All'interno dell'Azienda USL Umbria n.2 sono istituiti gli Uffici per i procedimenti disciplinari, sia per il personale del comparto che per la dirigenza medica veterinaria e sanitaria che per la dirigenza PTA.

In ottemperanza alla Legge 190/2012 e ai successivi PP.NN.AA., gli UU.PP.DD. devono:

- ✓ svolgere i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
- ✓ provvedere alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria e di quella contabile;
- ✓ proporre l'aggiornamento del Codice di Comportamento adottato dall'Azienda USL Umbria n.2;
- ✓ relazionare annualmente (entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti) al R.P.C. sullo schema inviato dallo stesso.

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

L'Azienda USL Umbria n.2 ha rinnovato la costituzione dell'Organo di valutazione provvedendo, con delibera del Direttore Generale n. 1450 del 08/10/2021, alla "Nomina organismo indipendente di valutazione (O.I.V.).

Gli OIV svolgono una funzione rilevante nel sistema di gestione della performance e della trasparenza¹⁴. La riforma in materia di valutazione della performance¹⁵, ha precisato i compiti degli OIV.

Dalla comparazione della normativa¹⁶ risulta evidente la necessità di coordinare gli obiettivi di performance e le misure di trasparenza, e ciò emerge chiaramente ove si ribadisce che gli OIV hanno il compito di verificare la coerenza tra gli obiettivi previsti nel PTPCT e quelli indicati nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che la valutazione della performance tiene conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza.

Quindi, fra l'altro, sono assegnati al OIV Aziendale i compiti di:

- ✓ verificare che i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale, valutando altresì l'adeguatezza dei relativi indicatori;
- ✓ verificare che, nella misurazione e valutazione delle performance, si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;
- ✓ verificare i contenuti della Relazione di cui all'art. 1 comma 14 della L. 190/2012 in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza.

Nel corso del 2025, le attività e gli incontri potranno avvenire anche in videoconferenza, secondo un programma concordato. I verbali dell'OIV sono consultabili nel sito web aziendale, sezione Amministrazione Trasparente, sottosezione Controlli e rilievi dell'amministrazione/Organismi Indipendenti di Valutazione.

Con Delibera del Direttore Generale n. 686 del 27/04/2022 è stato approvato il Regolamento di funzionamento dell'Organismo Indipendente di Valutazione dell'AUSL Umbria n. 2.

¹⁴ art. 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150, art. 6 del d.P.R. 9 maggio 2016, n.105

¹⁵ d.lgs. 25 maggio 2017, n. 74

¹⁶ d.lgs. 33/2013, art. 44, legge 190/2012, art. 1, co. 8-bis, introdotto dall'art.41 del d.lgs. 97/2016



USL Umbria2

Servizio Ispettivo Aziendale

L'Azienda USL Umbria n.2 si è dotata di regolamento per la gestione delle attività del Servizio Ispettivo Aziendale approvato con delibera del Direttore Generale n. 1194 del 31/12/2013 definendone in successivi atti la composizione¹⁷.

L'attività del Servizio Ispettivo è finalizzata, ai sensi della normativa vigente, all'accertamento dell'osservanza delle disposizioni in materia di:

- ✓ incompatibilità del rapporto di lavoro a tempo pieno ed a tempo parziale,
- ✓ corretto svolgimento di attività libero-professionale intra ed extra muraria nel rispetto della normativa vigente e dei regolamenti aziendale,
- ✓ applicazione del divieto di cumulo di impieghi ed incarichi¹⁸.

Il Servizio Ispettivo Aziendale è tenuto a fornire al RPC il resoconto annuale delle attività di monitoraggio e controllo svolte nelle materie ad esso riservate dalla legge (artt. da 56 a 65 della L. 23/12/1996, n. 662, art. 53 del d.lgs 30/03/2001 n. 165 e s.m.i.; art. 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412,), con particolare riferimento alle comunicazioni e dichiarazioni rilasciate dai dipendenti in materia di incompatibilità e conflitto di interessi risultate non veritiere anche a seguito di accertamenti ispettivi.

Collegi Tecnici.

I Collegi Tecnici sono gli organismi preposti alla valutazione dei dirigenti. In particolare essi devono procedere con le scadenze previste dalle norme contrattuali all'accertamento della coerenza tra le competenze e i comportamenti tecnico professionali degli operatori e i ruoli e funzioni ad essi assegnati, secondo le modalità disciplinate dall'Azienda. Le valutazioni espresse dai Collegi Tecnici si basano su apposite proposte valutative di prima istanza presentate dal responsabile di struttura di appartenenza del dirigente, ferma restando l'unitarietà del processo di valutazione che deve concludersi con l'espressione di un giudizio coerente ed univoco¹⁹.

Responsabile Anagrafica Stazioni Appaltanti (RASA)

L'Azienda USL Umbria n. 2 nel corso dell'anno 2013 ha nominato il RASA nella figura del dirigente del Servizio Acquisizione Beni e Servizi D.ssa Patrizia Maestri.

La nomina del RASA concorre a rafforzare le misure organizzative di prevenzione della corruzione, dando garanzia di esatta corrispondenza dei dati aziendali presenti nella Banca Dati Nazionale Contratti Pubblici (BDNCP).

Ai sensi dell'art. 33 ter della legge 221/2012 il RASA deve aggiornare annualmente i dati presenti in anagrafe ai fini della permanenza dell'iscrizione dello stesso.

¹⁷ DDG n. 0001065 del 21/06/2023 "Composizione Servizio Ispettivo Aziendale di cui alla DDG 1194/2013. Determinazioni"

DDG 77 del 27/01/2021 dall'oggetto: "Ridefinizione componenti Servizio Ispettivo Aziendale";

DDG 1065 del 21/06/2023 "Composizione servizio ispettivo aziendale di cui alla delibera n. 1194/2013: Determinazioni."

¹⁸ Art.1, commi 5,58-60, 123 della legge 23/12/1996 n. 662, così come integrato dalle disposizioni di cui agli artt. 3 e 6 del D.M. 31/07/1997, del DPCM 27/03/2000 e dell'art. 53 del D.Lgs. 30/03/2001 n. 165, come modificato dal D.Lgs. 27/10/2009 n.150.

¹⁹ DDG 19 del 13/01/2025.

Per l'anno 2024 il RPC ha provveduto ad effettuare una verifica del rispetto delle procedure in capo al RASA, il quale ha attestato²⁰ il rispetto degli adempimenti producendo la stampa dell'avvenuto aggiornamento dell'anagrafe SA.

Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette

L'Azienda USL Umbria n. 2 con delibera del Direttore Generale n. 1452/2017 ha nominato il gestore delle segnalazioni di operazioni sospette nella figura del dirigente del Servizio Economico Finanziario.

Tale nomina risponde alle disposizioni del decreto del Ministero dell'interno del 25 settembre 2015 e concorre a rafforzare le misure organizzative di prevenzione della corruzione.

Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità (CUG)

L'Azienda USL Umbria n. 2 con delibera del Direttore Generale n. 550/2021 ha istituito il Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni in merito alle azioni a favore delle pari opportunità, dello sviluppo della cultura contro le disuguaglianze e le discriminazioni nell'ambiente lavorativo e del benessere tra i professionisti dell'Azienda USL Umbria 2. Con successiva delibera del Direttore Generale n. 901/2021 ha adottato il relativo regolamento che ne disciplina il funzionamento. Il CUG sostituisce, unificandoli, il Comitato per le Pari Opportunità e il Comitato paritetico sul mobbing di cui assume le competenze e le funzioni, ed opera in continuità con l'attività e i progetti posti in essere dagli organismi preesistenti.

Il CUG persegue le proprie finalità in base al Piano triennale delle Azioni Positive (PAP) che viene aggiornato entro il 31 gennaio di ogni anno ed è pubblicato nel sito "Amministrazione Trasparente" allegato al Piano della Performance.

Il CUG può proporre al RPC eventuali misure di prevenzione della corruzione connesse a situazioni discriminatorie nell'ambiente di lavoro o alla carente tutela del benessere organizzativo.

Con delibera del Direttore Generale n. 687 del 27/04/2022 si è approvato il Piano Triennale di Azioni Positive triennio 2022-2024 dell'AUSL Umbria n. 2. Si rinvia alla apposita sezione del PIAO.

Gli Stakeholder

La partecipazione attiva dei cittadini ed il coinvolgimento dei portatori di interesse sono prioritariamente attuati attraverso un'efficace comunicazione, quale strumento mediante il quale gli "stakeholder" partecipano al controllo della Azienda USL Umbria n.2. L'informazione ai cittadini, il rapporto con chi ne rappresenta gli interessi ed il monitoraggio costante dei fattori di non qualità percepiti dai cittadini attraverso il percorso dei reclami, della customer satisfaction, dell'audit civico, degli incontri di confronto e della trasparenza del sito istituzionale costituiscono le azioni concretamente messe in campo dall'Azienda, in coerenza con il sistema dei valori di riferimento dell'organizzazione, per garantire l'effettività delle misure preventive del presente Piano.

²⁰ Nota protocollo n. 0001432 del 03/01/2025.

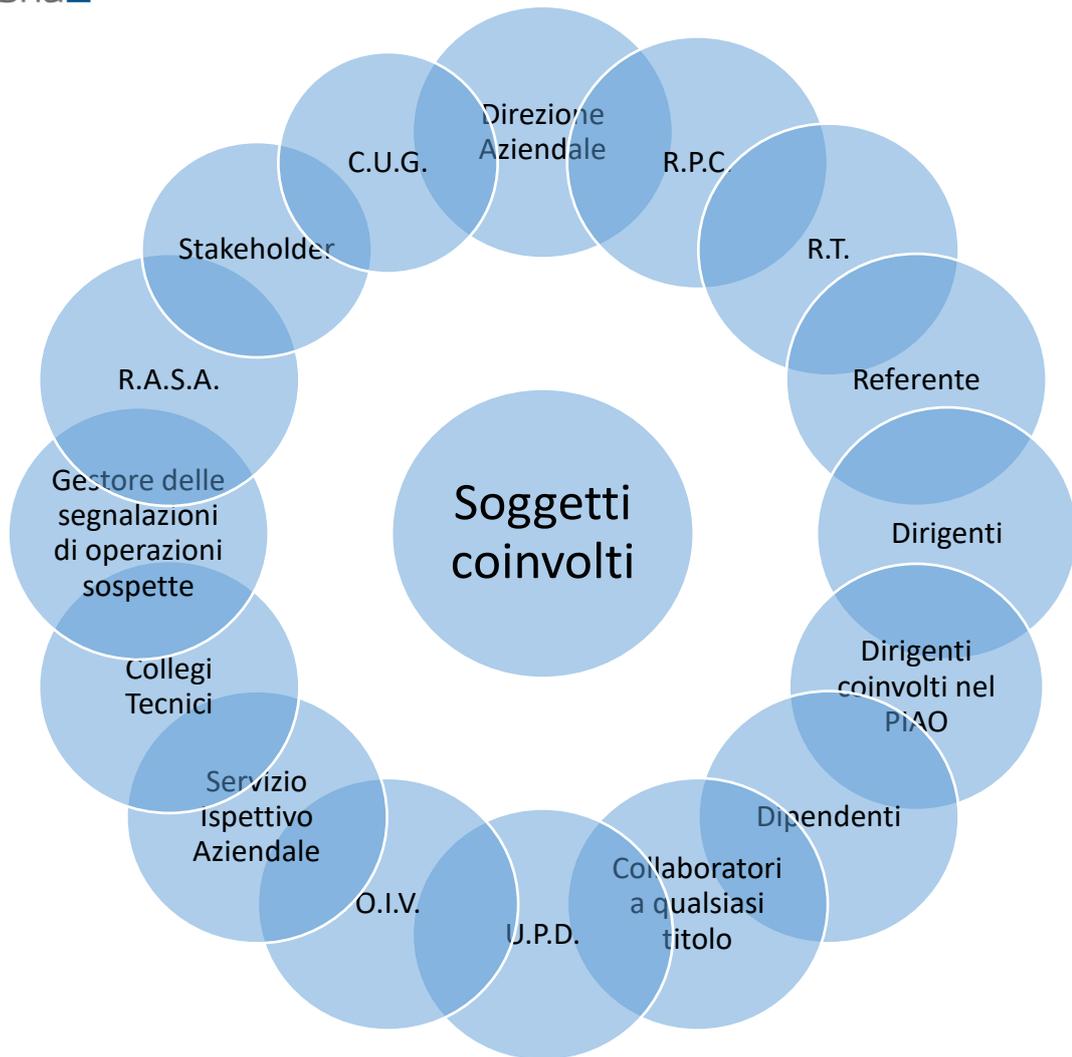


Figura 4 Soggetti coinvolti.

Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale è l'organo dell'Azienda con compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile²¹.

Con Delibera del Direttore Generale n. 76 del 25/01/2022 avente ad oggetto: "Nomina collegio sindacale AUSL Umbria n. 2" si è provveduto all'aggiornamento dei componenti del Collegio stesso con durata triennale.

Il Collegio Sindacale verifica la gestione sotto il profilo della regolarità contabile, vigila sull'osservanza della legge e sulla regolare tenuta della contabilità, garantendo la conformità del bilancio alle risultanze delle scritture contabili.

Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione, istituito ai sensi dell'art. 32 L.R. n.11/2015, è organo con compiti di proposta per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca e innovazione, nonché per la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori.

Il Collegio concorre al governo delle attività cliniche e partecipa alla fase di elaborazione del programma aziendale di formazione permanente e di formulazione di proposte in materia di libera professione, ivi compresa l'individuazione di strumenti e modalità per il monitoraggio dell'attività libero professionale intramuraria.

Il Collegio concorre, inoltre, allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'Azienda, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico assistenziale e di efficienza nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni.

Organismi tecnico-consultivi: Consiglio dei Sanitari

Il Consiglio dei Sanitari è organismo elettivo con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal Direttore Sanitario.

Il Consiglio esprime parere obbligatorio:

²¹ art. 3- ter del D.Lgs. 502/1992 1. Il collegio sindacale: a) verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico; b) vigila sull'osservanza della legge; c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa; d) riferisce almeno trimestralmente alla regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità; trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al sindaco del comune capoluogo della provincia dove è situata l'azienda stessa. 2. I componenti del collegio sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo, anche individualmente. 3. ((Il collegio sindacale dura in carica tre anni ed e' composto da tre membri, di cui uno designato dal presidente della giunta regionale, uno dal Ministro dell'economia e delle finanze e uno dal Ministro della salute.)) I componenti del collegio sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il Ministero di grazia e giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali. 4. I riferimenti contenuti nella normativa vigente al collegio dei revisori delle aziende unita' sanitarie locali e delle aziende ospedaliere si intendono applicabili al collegio sindacale di cui al presente articolo.

- ✓ sull'atto aziendale, sui piani attuativi aziendali e sui programmi annuali di attività dell'Azienda;
- ✓ sulle materie individuate dall'atto aziendale.

Il Consiglio dei Sanitari può essere chiamato, altresì, ad esprimere il proprio parere a seguito di formale richiesta del Direttore Generale o del Direttore Sanitario.

L'Azienda USL Umbria n. 2 ha provveduto a regolamentare le elezioni dei componenti elettivi del Consiglio dei Sanitari e della Commissione Elettorale e, ultimamente (DDG 835/2024), sono stati nominati i nuovi membri elettivi.

Conferenza dei Sindaci

La Conferenza dei sindaci svolge le sue funzioni tramite il Consiglio di rappresentanza, composto da quattro membri e dal presidente della Conferenza stessa. Nel Consiglio di rappresentanza sono comunque presenti i sindaci dei due comuni con maggior numero di abitanti.

La Conferenza dei sindaci, nell'ambito della programmazione regionale e delle risorse definite, contribuisce a delineare le linee di indirizzo e di attività delle unità sanitarie locali nonché a definire la programmazione e le modalità di integrazione della risposta ai bisogni di salute che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale.

La Conferenza dei sindaci garantisce la concertazione e la cooperazione tra le unità sanitarie locali e gli enti locali, anche attraverso la partecipazione dei cittadini, in forma singola o associati, ai processi di formazione degli atti regionali di programmazione in materia di assistenza sanitaria e alla verifica dell'efficacia ed efficienza degli interventi realizzati.



Figura 5 Organi e Organismi propositivi e consultivi coinvolti.



Quadro delle attività di Prevenzione della Corruzione

Schematicamente si esplicitano nella rappresentazione sottostante gli strumenti a disposizione e le diverse misure della prevenzione della corruzione

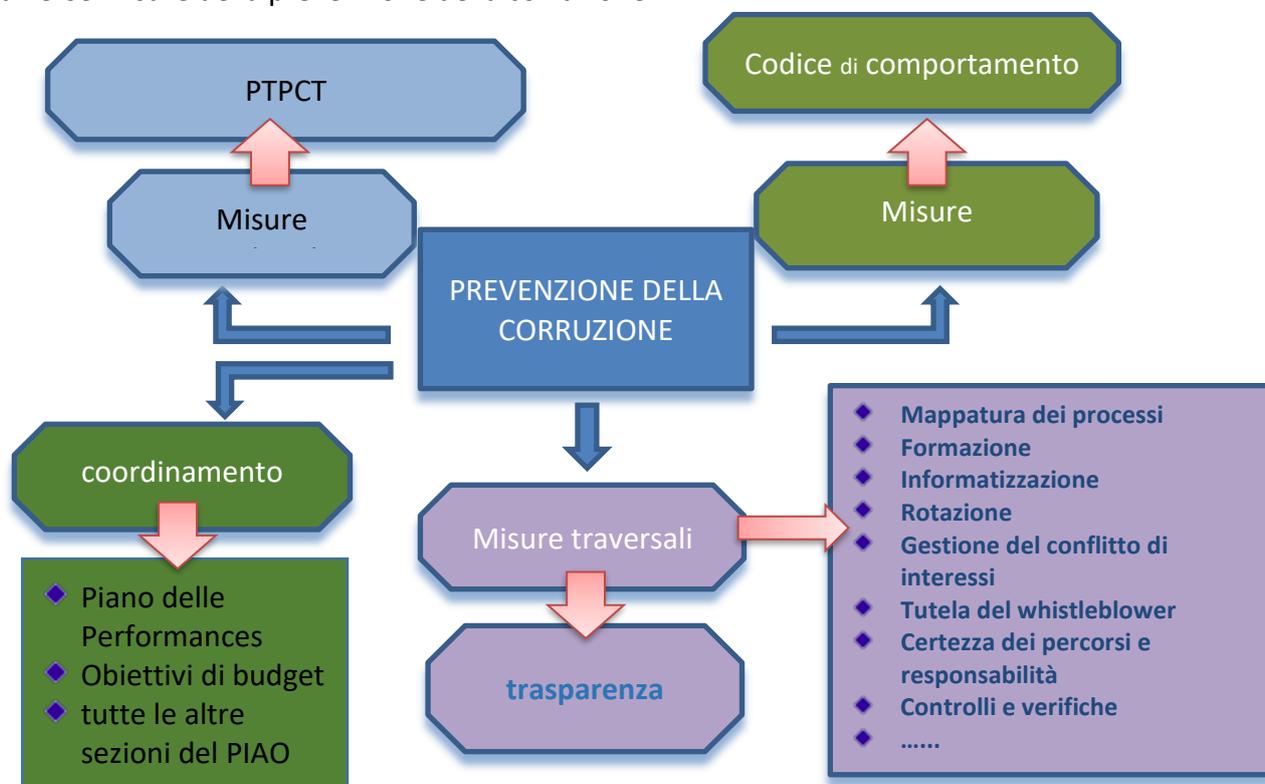


Figura 6 Scheda prevenzione della corruzione

Valutazione dell'attuazione del PTPCT, feedback e atti adottati

Come disposto dal PTPCT 2024-2026 i responsabili di Dipartimento, SC, SSD, SS hanno proceduto alla formalizzazione delle relazioni sugli adempimenti del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

A seguito della attenta analisi delle relazioni ricevute in merito agli adempimenti delle azioni generali e delle azioni specifiche, dettagliate nel Piano stesso, si è proceduto ad aggiornare, modificare ed implementare alcune delle misure del presente Piano.

Sinteticamente si rappresenta che le strutture che hanno relazionato, non hanno evidenziato criticità nell'applicazione delle misure di prevenzione.

E' percepibile un approccio più consapevole alla questione della prevenzione della corruzione, frutto anche delle iniziative formative messe in campo; tale progressivo sviluppo deve essere ulteriormente favorito, richiedendo ai dirigenti aziendali una maggiore attenzione nell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel PTPCT, anche coinvolgendo e responsabilizzando il personale loro assegnato.

Nell'ottica sopra indicata, si è predisposto un modello in cui di tutte le strutture sono chiamate a collaborare con il RPCT, in merito all'elaborazione della mappatura del rischio e alla Trasparenza e



USL Umbria 2

Rotazione nonché nella fondamentale attività di monitoraggio delle misure programmate, anche attraverso il coordinamento con il ciclo della Performance.

L'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) con Comunicato del Presidente approvato dal Consiglio Anac del 29 ottobre 2024, ha fissato il termine del 31 gennaio 2025 per la predisposizione e la pubblicazione della Relazione annuale del RPCT.

L'USL Umbria n. 2, in applicazione della Legge n. 190/2012 sulla prevenzione della corruzione e del D.Lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii. di riordino degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte della Pubblica Amministrazione, ha adottato i seguenti atti:

- con Delibera del Direttore Generale n. 1168 del 14/10/2020 ha nominato il Responsabile della Trasparenza;
- con Delibera del Direttore Generale n. 1402 del 29/09/2021 ha nominato il Responsabile della Prevenzione della corruzione;

L'ANAC promuove annualmente la verifica sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, disciplinata con specifiche deliberazioni.

L'OIV (Organismo Indipendente di Valutazione) è l'organismo chiamato ad effettuare gli accertamenti da attestare in specifica documentazione oggetto di successiva pubblicazione

Obiettivi della Direzione Strategica in materia di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

Con nota prot. 0283430 del 23/12/2024 il Direttore Generale ha declinato gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da osservare, che tengono conto degli obiettivi di valore pubblico indicati nella apposita sezione del PIAO.

Il Direttore Generale rammenta i primari obiettivi strategici della Direzione che si sostanziano, come ribadito in occasione dei precedenti aggiornamenti del PTPCT, nello sforzo di:

- ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione (revisione processi già mappati, informatizzazioni dei processi, regolamentazione dei processi, miglioramento dei flussi informativi finalizzati a far emergere eventuali casi di maladministration...)
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione (tutela del whistleblower, formazione sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza, promozione maggiori livelli di trasparenza...)
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione (formazione/informazione in materia di codice di comportamento, etica e rotazione del personale/misure alternative...)

Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

Premesse metodologiche

Nel predisporre le misure di prevenzione dei fenomeni corruttivi, il Piano, sulla base dell'analisi del contesto interno ed esterno, individua le tipologie di rischio, valuta il loro impatto sull'amministrazione, stima la probabilità che accadano gli eventi, individua l'approccio culturale e metodologico da utilizzare. In particolare, la gestione del rischio richiede una chiara visione degli obiettivi strategici dell'organizzazione aziendale, una precisa conoscenza del modello organizzativo e dei processi di lavoro, la capacità di combinare il rispetto delle norme con gli effetti economici, finanziari, di servizio e di immagine della Azienda.

*Piano Integrato di Attività ed Organizzazione Azienda Sanitaria USL Umbria 2
2025-2027- Annualità 2025*

Direttore Generale f.f Dott. Piero Carsili



Il PTPCT nello sforzo di prevenire fenomeni corruttivi attraverso le logiche e gli strumenti di risk management, persegue la finalità di:

- migliorare la conoscenza sui concetti di rischio e di etica, sui modelli e sugli strumenti per la gestione del rischio di corruzione;
- favorire l'adozione di approcci e modalità organizzative uniformi da parte dei diversi Servizi Aziendali nell'analisi e nella gestione del rischio di corruzione;
- orientare i Servizi nell'adozione di processi e strumenti di risk management, fornendo indicazioni metodologiche e operative;
- favorire forme diffuse di controllo;
- rendere più semplice l'accesso ai dati e ai documenti della PA;
- razionalizzare e precisare gli obblighi di pubblicazione in capo ai soggetti coinvolti;
- essere funzionale ad un moderno sviluppo del Piano delle Performance aziendali.

In tale quadro di riferimento si inserisce il presente aggiornamento della sezione della prevenzione della corruzione del PIAO Aziendale da valere per il triennio 2025 – 2027.

L'impianto fondamentale del Piano scaturisce dagli indirizzi e direttive forniti da parte di ANAC nel Piano Nazionale Anticorruzione²² anno 2022 e 2023.

Nella presente sezione, si è continuato a lavorare nel tentativo di rendere il Piano da un lato lo strumento aziendale di programmazione di attività e servizi con tempistiche di realizzazione e definizione di incarichi e responsabilità, e dall'altro come uno strumento di guida e di confronto nelle attività quotidiane che dirigenti, operatori e collaboratori in genere possano consultare per svolgere al meglio le proprie mansioni.

Con il presente aggiornamento del PIAO, si è cercato di rendere più efficace e leggibile la descrizione delle misure di prevenzione della corruzione messe in campo dall'Azienda, riassumendo, nel seguente quadro sinottico, la complessità degli interventi programmati e rinviando agli allegati la descrizione completa delle attività.

Per l'individuazione delle misure per il trattamento del rischio, si è adottata la seguente metodologia:

- Sono state previste e programmate le misure generali in materia di prevenzione della corruzione quali rotazione, o misure alternative indicate nel PNA, formazione, prevenzione di conflitti d'interesse, wistleblowing, pantouflage, inconfiribilità e incompatibilità, codici di comportamento...
- la formazione è stata programmata come misura di prevenzione della corruzione in collaborazione con i responsabili della sezione dedicata al capitale umano e allo sviluppo organizzativo
- la rotazione è stata programmata come misura di prevenzione della corruzione in collaborazione con i responsabili della sopra citata sezione dedicata al capitale umano e allo sviluppo organizzativo
- si è cercato di valutare l'effettiva coerenza fra le misure specifiche a presidio di determinati rischi siano effettivamente mirate rispetto all'obiettivo perseguito
- al fine di non appesantire l'attività amministrativa con eccessive misure specifiche di controllo, è stata valutata la possibilità di trattare i rischi rilevanti con misure di tipo

²² Delibera ANAC n.7 del 17/01/2023.

diverso dai controlli, quali ad esempio misure di semplificazione, regolamentazione, trasparenza.

- nell'organizzare le misure specifiche si è cercato di strutturare misure che non fossero eccessive o ridondanti o riproduttive di adempimenti già previste da norme.
- per evitare di introdurre misure inattuabili è stata preventivamente valutata la sostenibilità delle stesse in termini di risorse economiche e organizzative.

Le misure generali e specifiche sono elencate nell'allegato "Misure di prevenzione".

Processo di approvazione del PTPCT

Il RPC aggiorna ogni anno il Piano, sulla base dei mutamenti normativi, dei feedback ricevuti in relazione alle misure messe in campo per contrastare i fenomeni corruttivi, ai mutati assetti organizzativi e gestionali interni. Il RT parimenti, in completa sinergia con il RPC, aggiorna la sezione della trasparenza indicando le soluzioni organizzative idonee ad assicurare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione ed identificando chiaramente i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati e dei documenti.

Si prevede il seguente iter di condivisione ed approvazione del PTPCT:

- il PTPCT, nella versione "in consultazione" viene pubblicato sul sito web aziendale per consentire la visione agli stakeholder ed a tutti coloro ne abbiano interesse ed i successivi eventuali suggerimenti dei quali si prenderà atto nella stesura definitiva del Piano;
- entro il 10 gennaio il PTPCT aggiornato, in collaborazione con i soggetti tenuti all'elaborazione del PIAO, viene inviato in bozza alla Direzione Aziendale ed al O.I.V. entro il 12 gennaio. Nei successivi 10 giorni l'OIV restituirà il Piano al R.P.C., al RT ed al Direttore Generale con le eventuali osservazioni e/o suggerimenti;
- ricevuto il piano, valutate le proposte ed effettuate gli eventuali aggiornamenti, il R.P.C. ed il R.T. condividono il Piano con le eventuali osservazioni dell'OIV e, non oltre il 25 gennaio, con il Direttore Generale;
- il R.P.C. ed il R.T. provvederanno, effettuate le opportune integrazioni e/o modifiche entro il 31 gennaio a sottoporre al Direttore Generale il PTPCT per l'adozione definitiva entro la stessa data.

L'iter di approvazione del PTPCT, alla luce delle indicazioni contenute nel Comunicato del Presidente di ANAC che ha indicato il 31 gennaio 2025 come termine di scadenza della presentazione del PTPCT-PIAO, ha previsto:

- il giorno 19/12/2024 si è provveduto alla pubblicazione sul sito web dell'avviso di consultazione pubblica rivolta ai cittadini e ai soggetti interessati alla presentazione di proposte e/o osservazioni al Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2025-2027

Trasparenza e anticorruzione, consultazione pubblica rivolta ai cittadini e ai soggetti interessati alla presentazione di proposte e/o osservazioni per aggiornamento della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del Piano Integrato Attività e Organizzazione (PIAO) da valere per il triennio 2025-2027. Consultazione.

Figura 7 Avviso stakeholder



- il giorno 23/12/2024 con nota Protocollo 02283430 il Direttore Generale ha fornito gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza al RPC ed al RT
- ✓ il giorno 08/01/2025 il R.P.C. ed il RT hanno inoltrato alla Direzione aziendale la bozza del PTPCT nella quale sono stati recepiti gli obiettivi strategici indicati con la citata nota; ne hanno illustrato i contenuti, le novità introdotte, le implicazioni attuative del Piano. Il Direttore Generale ha fornito ulteriori suggerimenti e condiviso il contenuto e le modalità utilizzate per raggiungere gli obiettivi indicati.
- ✓ non è stato possibile trasmettere il Piano all'OIV in quanto le procedure di rinnovo della composizione dello stesso, sono in itinere. Appena si insedierà l'OIV, il RPC provvederà alla trasmissione del Piano e riceverà le eventuali osservazioni e, se del caso, procederà ad aggiornamento del Piano stesso.

Il presente Piano è pubblicato sul sito internet dell'Azienda (www.uslumbria2.it), notificato a tutti i dipendenti della Azienda USL Umbria 2 e gli altri destinatari attraverso il Servizio Comunicazione e a tutti i nuovi assunti al momento della sottoscrizione del contratto di lavoro da parte del Servizio Amministrazione del Personale.

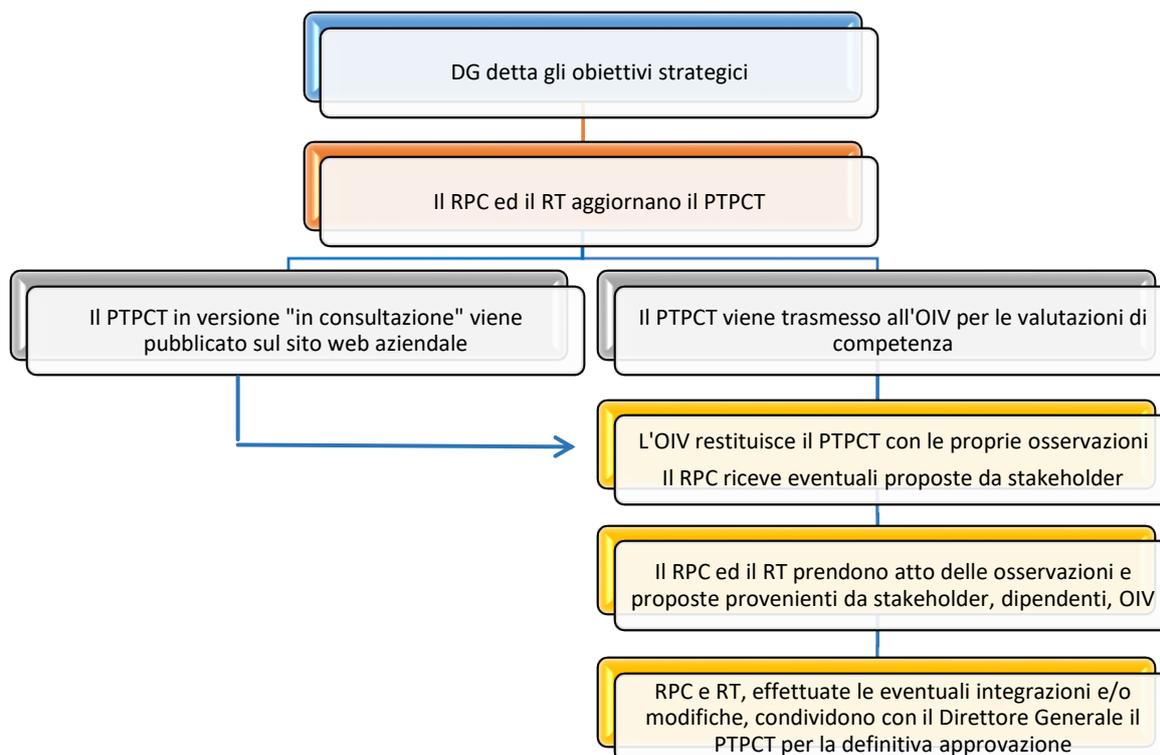


Figura 8 Processo di approvazione del PTPCT

Gestione del rischio.

L'Azienda USL Umbria n.2 adotta un sistema di gestione del rischio, secondo la metodologia individuata nella legge 190/2012 e nel paragrafo 6 della determina ANAC 12/2015 che dà indicazioni per il miglioramento del processo di gestione del rischio di corruzione.

Per gestione del rischio si intende l'insieme delle attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo l'amministrazione con riferimento al rischio corruttivo.



La gestione del rischio di corruzione è lo strumento da utilizzare per la riduzione delle probabilità che il rischio si verifichi. La pianificazione, mediante l'adozione del PTPCT è il mezzo per attuare la gestione del rischio. forza

In particolare per l'attività di identificazione, di analisi e di ponderazione dei rischi è necessario costituire dei gruppi di lavoro, con il coinvolgimento dei dirigenti di Macrostruttura e dei servizi per l'area di rispettiva competenza al fine di far emergere gli aspetti salienti a seguito del confronto. Il coordinamento generale dell'attività è in capo al R.P.C.

Tutte le misure di prevenzione della corruzione inserite all'interno della mappatura dei processi si intendono operanti dalla data di adozione del presente Piano e con responsabilità di attuazione in capo ai dirigenti delle strutture mappate.

La gestione del rischio prevede:

- La mappatura dei processi;
- L'individuazione attività a rischio
- L'identificazione del rischio potenziale;
- La valutazione del grado rischio per ogni processo;
- La definizione delle misure per la prevenzione;
- La definizione degli indicatori per ogni processo;
- L'attività di monitoraggio e valutazione;
- La tempistica delle operazioni di monitoraggio e valutazione.

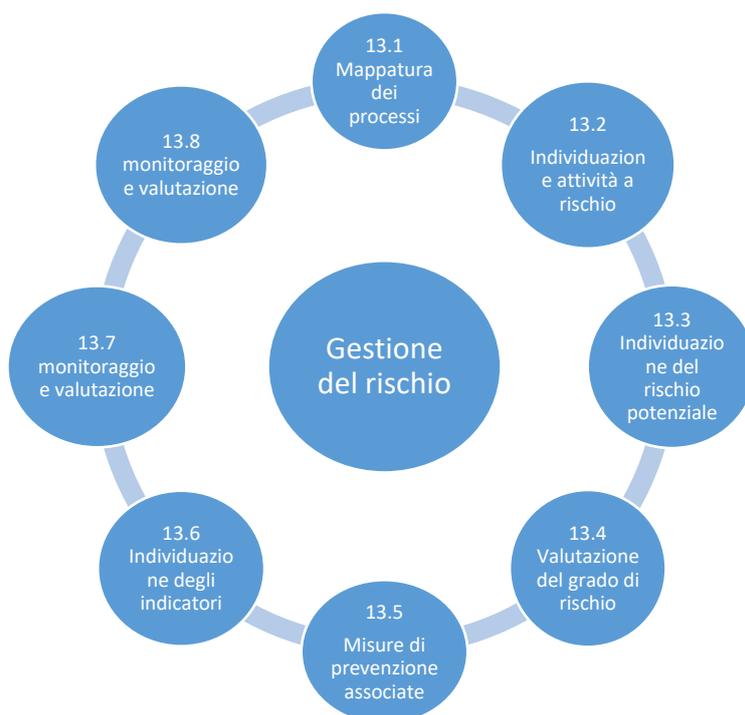


Figura 9 Processo di mappatura

Mappatura dei processi.

Come anche già evidenziato nel PNA, il concetto di processo è diverso da quello di procedimento amministrativo. Quest'ultimo caratterizza lo svolgimento della gran parte delle attività delle pubbliche amministrazioni, fermo restando che non tutta l'attività di una pubblica amministrazione è riconducibile a procedimenti amministrativi. Il concetto di processo è più ampio e flessibile di



quello di procedimento amministrativo ed è stato individuato nel PNA tra gli elementi fondamentali della gestione del rischio. In ogni caso i due concetti non sono tra loro incompatibili: la rilevazione dei procedimenti amministrativi è sicuramente un buon punto di partenza per l'identificazione dei processi. Per processo si intende quindi un insieme di attività correlate che creano valore trasformando risorse (input del processo) in un prodotto (output) destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione.

La mappatura dei processi è effettuata per le aree di rischio generali ed anche per le aree specifiche (paragrafo 2 della parte II - Sanità). L'Azienda USL Umbria 2 con il presente piano ha già inteso estendere ad ulteriori processi ricollegabili nell'ambito di altre aree specifiche.

Attraverso la ricostruzione accurata della mappatura dei processi, l'Azienda USL Umbria n. 2 effettua un esercizio conoscitivo importante non solo per l'identificazione dei possibili ambiti di vulnerabilità dell'amministrazione rispetto alla corruzione, ma anche rispetto al miglioramento complessivo del funzionamento della macchina aziendale nel tentativo di far emergere duplicazioni, ridondanze e nicchie di inefficienza che offrano ambiti di miglioramento sotto il profilo della spesa (efficienza allocativa o finanziaria), della produttività (efficienza tecnica), della qualità dei servizi (dai processi ai procedimenti) e della governance.

- Individuazione attività esposte a rischio potenziale
- L'individuazione delle attività esposte al rischio corruzione consiste nella ricerca, identificazione e descrizione dei rischi.
- I rischi vengono identificati:
 - mediante consultazione e confronto tra i soggetti coinvolti;
 - dall'esperienza, ossia i precedenti giudiziari (in particolare, i precedenti penali o di responsabilità amministrativa) o disciplinari (procedimenti avviati, sanzioni erogate);
 - dall'analisi del contesto interno ed esterno.
- Trattamento del rischio: misure di sicurezza associate
- ✓ Il trattamento del rischio è la fase tesa a individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. Tale fase è stata implementata in modalità sinergica fra Servizi e R.P.C. attraverso una ponderazione che tenesse conto della praticabilità in termini di costi aziendali (dove possibile ad isorisorse), impegno del personale, organizzazione interna aziendale, rispetto dei ruoli istituzionali con individuazione di attività di controllo e monitoraggio.

Valutazione del Rischio

Per valutazione del rischio si intende il processo di:

- ✓ identificazione, che consiste nella ricerca, individuazione e descrizione dei rischi. L'attività di identificazione richiede che per ciascun processo o fase di processo siano fatti emergere i possibili rischi di corruzione. Questi emergono considerando il contesto esterno ed interno all'amministrazione, e quindi anche con riferimento alla specifica organizzazione presente all'interno della ASL;
- ✓ analisi del rischio consiste nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto) per giungere alla determinazione del livello di rischio;

- ✓ ponderazione del rischio che consiste nel considerare il rischio alla luce dell'analisi e nel raffrontarlo con altri rischi al fine di decidere le priorità e l'urgenza di trattamento. L'analisi dei rischi permette di ottenere una classificazione degli stessi in base al livello di rischio più o meno elevato.

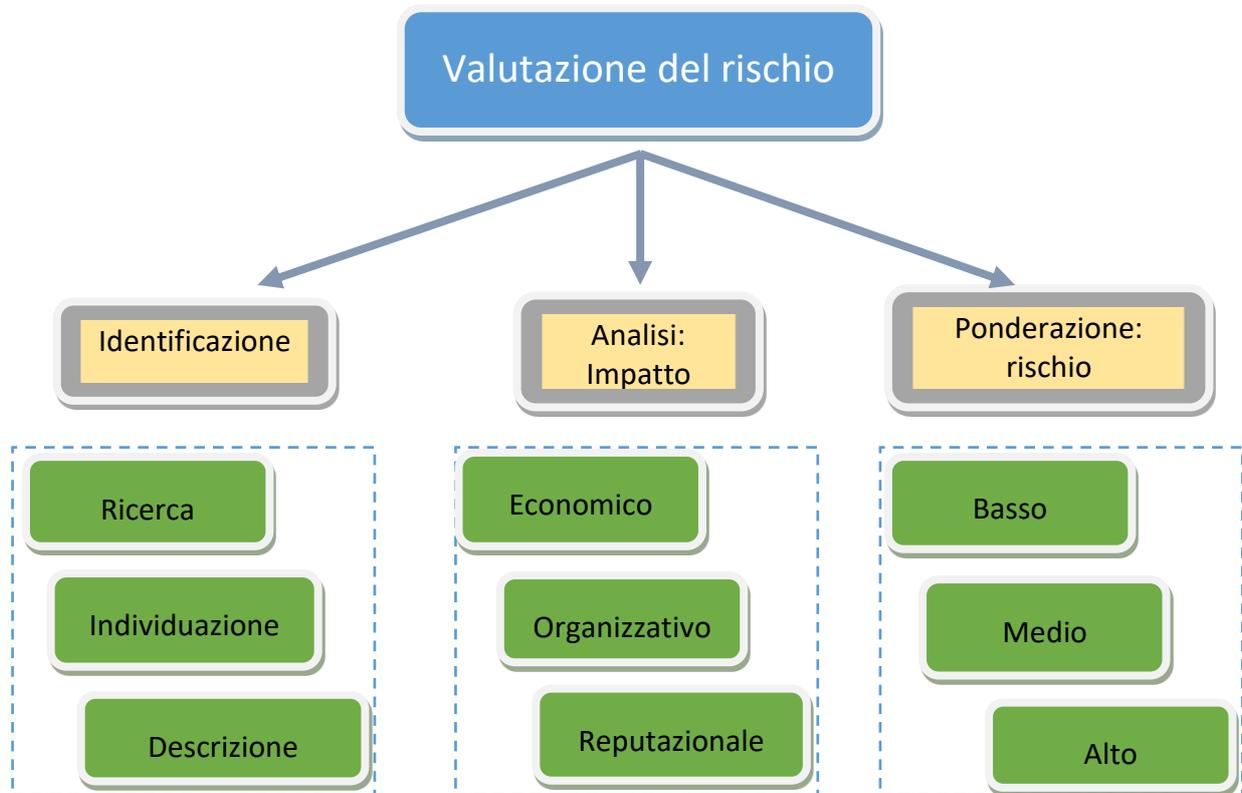


Figura 10 Valutazione del rischio

Valutazione del grado di rischio

Coerentemente all'approccio qualitativo suggerito da A.N.AC., i criteri per la valutazione dell'esposizione al rischio di eventi corruttivi vengono essere tradotti operativamente in indicatori di rischio (key risk indicators) in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle sue attività componenti.

La ponderazione del rischio è il risultato ottenuto dalla valutazione di più fattori.

Di seguito si riportano alcuni indicatori comunemente accettati, utilizzati nel processo valutativo:

BASSO rischio

- Attività a bassa discrezionalità
- Presenza di specifica normativa
- Presenza di regolamentazione aziendale
- Presenza di normativa stringente
- Elevato grado di pubblicità degli atti procedurali

- Valore economico del beneficio complessivo connesso all'attiva inferiore in media a € 1.000,00
- Potere decisionale sull'esito dell'attività in capo a più persone
- Sussistenza di specifici meccanismi di verifica o controllo interno/esterno
- Rotazione dei funzionari dedicati all'attività
- Monitoraggio e verifiche annuali
- Basso grado di complessità del processo
- Scarso impatto organizzativo e di immagine
- Il processo non produce effetti all'esterno

La presenza di una valutazione di rischio basso considera le azioni già messe in atto dall'azienda sufficienti a rendere il rischio accettabile; il rischio è stato ridotto ad un livello che può essere sostenuto dall'organizzazione in riferimento agli obblighi di legge e alla politica adottata. Non sono richiesti interventi nel breve periodo ma solo azioni tese a mantenere nel tempo le condizioni di sicurezza.

MEDIO rischio

- Attività a media discrezionalità (regolamentazione aziendale o normativa di principio, ridotta pubblicità, ecc.)
- Controlli ridotti
- Valore economico tra € 1.000,00 ed € 10.000,00 o, comunque, modesta gravità dell'evento che può derivare dal fatto corruttivo
- Bassa rotazione dei funzionari dedicati
- Rilevanza esterna

Una valutazione di rischio medio richiede attenzione, approfondimento delle misure di controllo, necessità di proceduralizzazione di tutte le fasi, diminuzione della discrezionalità, aumento del numero di operatori coinvolti nel processo decisionale e dei livelli di controllo, implementazione della formazione del personale, eventuale rotazione dello stesso.

ALTO rischio

- Attività ad alta discrezionalità
- Valore economico superiore ad € 10.000,00 o, comunque, elevata gravità dell'evento che può derivare dal fatto corruttivo
- Presenza di importanti interessi e di benefici, anche non economici, per i destinatari del processo
- Controlli ridotti
- Assenza di specifica regolamentazione aziendale
- Potere decisionale concentrato in capo esclusivamente a singole persone
- Rotazione dei funzionari dedicati solo in tempi molto lunghi
- Rischio di danni alla salute in caso di abusi

- Notevole casistica di precedenti storici di fatti corruttivi
- Alto grado di complessità del processo
- Carenze gestionali, operative e organizzative
- Forte impatto organizzativo e di immagine
- Il processo produce effetti diretti nei confronti di soggetti esterni

La valutazione di alto rischio richiede interventi immediati mirati a migliorare le condizioni di sicurezza, prevede procedure per eliminare per quanto possibile ogni discrezionalità, richiede nel breve periodo la formazione specifica del personale, prevede per quanto realizzabile la rotazione del personale.

L'Azienda USL Umbria n.2 nell'effettuare la mappatura ha inteso includere tutti i processi indipendentemente dal grado di rischio, al fine di disporre di uno strumento completo che consenta di rivalutare, ove necessario, i singoli processi.

La modulazione del rischio viene quindi rappresentata in:



Misure di prevenzione associate.

La fase di trattamento del rischio consiste nell'individuare le misure che devono essere predisposte per neutralizzare o ridurre il rischio e nella decisione di quali rischi si decide di trattare prioritariamente rispetto agli altri.

Al fine di ridurre il livello di rischio sono individuate e valutate le misure di prevenzione (obbligatorie o ulteriori) nelle aree a rischio (generali e specifiche). In specifico sono identificate le misure a presidio del rischio già presenti nell'organizzazione e quelle nuove che vengono proposte.

Nella identificazione della concreta misura di trattamento del rischio da adottare per un determinato processo si è tenuto conto:

1. della efficacia nella neutralizzazione delle cause del rischio. L'identificazione della misura di prevenzione è quindi una conseguenza logica dell'adeguata comprensione delle cause dell'evento rischioso.
2. della sostenibilità economica e organizzativa delle misure. L'identificazione delle misure di prevenzione è strettamente correlata alla capacità di attuazione da parte dei singoli Servizi aziendali. Ferma restando l'obbligatorietà delle misure previste come tali dalla legge, l'eventuale impossibilità di attuarle va motivata nei report periodici inviati al R.P.C.
3. dell'adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione. Il presente PTPCT contiene un numero significativo di misure specifiche, con estrema personalizzazione della strategia di prevenzione della corruzione sulla base delle esigenze ed evidenze peculiari di ogni singolo Servizio.

Tutte le misure individuate sono frutto di adeguata programmazione.

Le misure di prevenzione organizzate e disciplinate con il presente PTPCT sono adottate dai servizi e soggetti indicati contestualmente alla entrata in vigore dello stesso. L'identificazione delle misure

di prevenzione non può essere un elemento indipendente dalle caratteristiche organizzative dell'amministrazione.

Identificazione degli indicatori

Lo sforzo che l'Azienda USL Umbria n.2 ha messo in campo è stato quello di individuare degli indicatori, per ogni processo mappato, attraverso i quali poter effettuare con metodologia rigorosa l'attività di monitoraggio e valutazione. A fine periodo, infatti, se non sarà evidente il rispetto dei risultati attesi, si eleverà la soglia di attenzione procedendo con l'analisi dettagliata delle anomalie ed i dirigenti di riferimento dovranno adeguatamente motivare lo scostamento.

Nel caso in cui dovesse emergere un rischio ulteriore si potrà procedere ad una nuova mappatura modificando l'indice di rischio e le misure di prevenzione da adottare.

Attività di monitoraggio del PTPCT anno precedente.

La gestione del rischio si completa con le successive azioni di monitoraggio, che comportano la valutazione del livello del rischio tenendo conto delle azioni di risposta ossia della adeguatezza delle misure di prevenzione introdotte.

Le attività di monitoraggio si distinguono in:

- Monitoraggio sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio
- Monitoraggio sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio

Nella USL Umbria n.2 i responsabili dei Servizi aziendali, almeno annualmente, redigono una apposita relazione sulla attuazione di tutte le misure di trattamento del rischio (monitoraggio di primo livello). Tale relazione è inviata al RPC e al RT che monitorano la completezza delle informazioni rese (monitoraggio di secondo livello). Per l'anno 2025 il monitoraggio di secondo livello verrà effettuato a campione solo su taluni dei processi a rischio più strettamente legati agli obiettivi strategici individuati dal Direttore Generale. Tale scelta si rende necessaria in relazione alla complessità dell'azienda (numerosità dei processi mappati, estrema frammentazione territoriale, pluralità di incarichi assegnati a RPC, RT e referente) che non consente, allo stato attuale, un monitoraggio sulla totalità dei processi mappati. Ulteriori monitoraggi saranno, tuttavia, effettuati dagli altri organi di controllo interno (es. Servizio Ispettivo aziendale, nelle materie di competenza; Controllo di gestione in relazione al grado di raggiungimento degli obiettivi di budget correlati a misure di prevenzione della Corruzione) con l'obiettivo di creare una rete di controlli diffusa sulla effettiva attuazione del Piano, che si basi sull'apporto delle professionalità e competenze di diversi organi di controllo interno già attivi.

In merito al monitoraggio sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, il PTPCT effettua le verifiche ex ante, attraverso la partecipazione e condivisione delle misure della prevenzione del rischio con i vari responsabili dei Servizi oggetto di mappatura. E' previsto un aggiornamento della mappatura stessa in ogni caso in cui mutino le condizioni che hanno previsto l'adozione della misura di prevenzione.

Tempistica delle attività di monitoraggio e valutazione

Con l'attuale aggiornamento, il PTPCT fissa per tutti i processi mappati il termine del 30 novembre di ogni anno, per consentire ai responsabili dei servizi interessati, così come dettagliati nell'allegata "Mappatura dei Processi", di relazionare sulle attività di contrasto ai fenomeni corruttivi introdotti nei singoli processi e sul rispetto degli indicatori ivi previsti. La relazione riguarderà il periodo

relativo ai dodici mesi precedenti; il periodo di rilevazione andrà quindi dal 01 dicembre di ogni anno al 30 novembre dell'anno successivo. La scelta di questo arco di tempo nasce dall'esigenza di ottenere feedback in tempo utile per eventualmente correggere, integrare o modificare la mappatura dei processi laddove dagli stessi emerga l'insufficienza o l'inefficacia delle misure messe in campo per contrastare fenomeni corruttivi.

Le Responsabilità

Responsabilità dirigenziale, disciplinare e amministrativa del RPCT

Il RPCT, come previsto e disciplinato dall'art. 1, comma 12, L. n. 190/2012 è gravato da responsabilità dirigenziale, disciplinare ed amministrativa nel caso in cui a carico di un soggetto dell'amministrazione vi sia una condanna per un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato.

La responsabilità è esclusa solo se il responsabile della prevenzione prova entrambe le circostanze sotto riportate:

- a) di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il Piano di prevenzione e di aver osservato le prescrizioni di cui ai commi 9 e 10 dello stesso articolo 1 della L.190/2012;
- b) di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano.

La responsabilità disciplinare, a carico del RPCT, *“non può essere inferiore alla sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da un minimo di un mese ad un massimo di sei mesi”*²³.

La responsabilità dei dirigenti

Si vuole ulteriormente evidenziare che per poter attuare il sistema di gestione del rischio di prevenzione della corruzione in modo efficace è fondamentale la collaborazione dei dirigenti responsabili di struttura, per le loro competenze professionali e la loro esperienza.

Tra gli strumenti tecnico-gestionali per l'esercizio del proprio ruolo, i dirigenti d'ora in avanti devono contemplare anche quelli previsti per la prevenzione della corruzione dalla legge e dal presente Piano, integrando le proprie competenze.

Peraltro, i dirigenti responsabili di struttura, in caso di violazione dei compiti di loro spettanza, rispondono a titolo di responsabilità dirigenziale e disciplinare.

I dirigenti individuati quali “titolari del rischio”, se non attuano, senza adeguata giustificazione, la misura di prevenzione prevista, nel rispetto dei termini, sono chiamati a risponderne disciplinarmente e anche in termini di responsabilità dirigenziale, nell'ambito della valutazione annuale delle prestazioni dirigenziali ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato.

²³ L'art. 1, comma 14, della stessa L. 190/2012, come modificato, precisa poi che: “In caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, il responsabile individuato ai sensi del comma 7 del presente articolo risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare, salvo che provi di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano....”.



La responsabilità dei dipendenti per violazione delle misure di prevenzione

Le misure indicate nel PTPCT devono essere rispettate da tutti i dipendenti (dirigenti e non, a tempo determinato e non) e dai collaboratori dell'azienda a vario titolo²⁴.

Pertanto, il dipendente che non osserva le misure del Piano incorre in un illecito disciplinare.

Tra le misure da osservare si evidenziano in particolare, a mero titolo esemplificativo:

- a) la partecipazione ai percorsi di formazione predisposti sui Codici di comportamento, sul PTPCT e sulle misure di contrasto all'illegalità e ai fenomeni corruttivi;
- b) la pubblicazione delle informazioni di cui al D.lgs. n. 33/2013, per le parti di competenza;
- c) la osservanza degli indirizzi forniti dall'Azienda e dal RPCT, formalizzati in appositi atti, per l'attuazione delle misure obbligatorie o ulteriori.

Responsabilità inerenti la trasmissione e la pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del D.Lgs. 97 del 25/05/2016.

Il D.Lgs 97/2016²⁵, ha previsto, all'art. 10, che ogni amministrazione debba indicare, in un'apposita sezione del proprio PTPCT, i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del presente decreto.

Pertanto, l'Azienda USL Umbria n.2 nella terza sezione del Piano ha riportato la tabella, predisposta sulla base della mappa ricognitiva degli obblighi di pubblicazione approvata dall'ANAC in allegato alla delibera n. 1310 del 28.12.2016, nella quale sono descritti gli obblighi di pubblicazione e, per ciascuno di essi, il soggetto responsabile della trasmissione e della pubblicazione.

La procedura è descritta dettagliatamente al paragrafo apposito al quale si rinvia.

Obblighi di conoscenza.

La conoscenza del Piano e dei suoi contenuti rappresentano un obbligo per tutti i "soggetti destinatari" precedentemente descritti. Per agevolare l'assolvimento di tale obbligo:

- su impulso del RPC e del RT a cura del Responsabile della Area Comunicazioni e Relazioni esterne, viene pubblicato un avviso nelle "news" sul sito istituzionale ed inviata una mail per notificare ai destinatari individuati l'avvenuta pubblicazione del Piano e dell'obbligo di prenderne visione;
- i Dirigenti/Responsabili delle strutture aziendali devono provvedere ad informare il personale eventualmente non raggiungibile tramite mail. Sarà comunque cura del Dirigente/Responsabile garantire che tutto il personale e i collaboratori allo stesso assegnati, abbiano ricevuto il Piano;
- la presa d'atto del PTPCT avviene al momento dell'instaurazione del rapporto di lavoro, formando parte integrante del contratto. Contestualmente, la Direzione del Personale provvede alla conservazione della dichiarazione di presa d'atto e di conoscenza del PTPCT;
- il fornitore, il cui personale opera, in forza di contratti di fornitura/collaborazione/convenzione, con l'ASL, adotta le iniziative dirette ad assicurare la conoscenza e l'osservanza del PTPCT da parte dei propri dipendenti/collaboratori.

²⁴ L'art. 8 del DPR n. 62/2013 "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici" precisa che "la violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare".

²⁵ Il decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97 "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche"

Sanzioni.

Il legislatore ha previsto sanzioni in caso di mancata adozione dei Piani di prevenzione della corruzione, dei programmi triennali di trasparenza o dei codici di comportamento.²⁶

In particolare equivale ad omessa adozione:

- a) l'approvazione di un provvedimento puramente ricognitivo di misure, in materia di anticorruzione, in materia di adempimento degli obblighi di pubblicità ovvero in materia di Codice di Comportamento di amministrazione;
- b) l'approvazione di un provvedimento, il cui contenuto riproduca in modo integrale analoghi provvedimenti adottati da altre amministrazioni, privo di misure specifiche introdotte in relazione alle esigenze dell'amministrazione interessata;
- c) l'approvazione di un provvedimento privo di misure per la prevenzione del rischio nei settori più esposti, privo di misure concrete di attuazione degli obblighi di pubblicazione di cui alla disciplina vigente, meramente riproduttivo del Codice di Comportamento (DPR16 aprile 2013, n. 62.)

La normativa in materia di tutela del Whistleblower introduce pesanti sanzioni²⁷ qualora ANAC accerti:

- l'adozione di misure discriminatorie da parte dell'Azienda nei confronti del segnalante
- l'assenza di procedure per l'inoltro e la gestione delle segnalazioni ovvero l'adozione di procedure non conformi alle linee guida ANAC
- il mancato svolgimento da parte del RPC della gestione delle segnalazioni ricevute.

Incontri di AUDIT interno del RPCT

Come già descritto, il PTPCT prevede che le unità organizzative presentino una Relazione annuale sulle attività inerenti le misure generali e specifiche, compresi gli adempimenti in materia di obblighi di pubblicazione, di diffusione del Codice di Comportamento, di trattazione eventuali casi di conflitti di interesse e di accessi civici generalizzati.

Per rafforzare il monitoraggio complessivo del Piano ed attuare controlli di secondo livello a campione, il Piano prevede che il RPC e il RT possano effettuare incontri specifici di Audit presso alcune unità organizzative aziendali.

Gli incontri di audit sono programmati e fissati in accordo con i Responsabili delle Strutture monitorate che garantiranno piena e fattiva collaborazione alle verifiche ed al monitoraggio.

²⁶ Art. 19, co. 5, lett. b) del D.L. 90/2014, in caso di mancata «adozione dei Piani di prevenzione della corruzione, dei programmi triennali di trasparenza o dei codici di comportamento». Al riguardo si rinvia al «Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione per l'omessa adozione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione, dei Programmi triennali di trasparenza, dei Codici di comportamento» del 9 settembre 2014, pubblicato sul sito web dell'Autorità, in cui sono identificate le fattispecie relative alla "omessa adozione" del PTPCT o dei Codici di comportamento.

²⁷ LEGGE 30 novembre 2017, n. 179 – art. 1 comma 6 “*Qualora venga accertata, nell'ambito dell'istruttoria condotta dall'ANAC, l'adozione di misure discriminatorie da parte di una delle amministrazioni pubbliche o di uno degli enti di cui al comma 2, fermi restando gli altri profili di responsabilità, l'ANAC applica al responsabile che ha adottato tale misura una sanzione amministrativa pecuniaria da 5.000 a 30.000 euro. Qualora venga accertata l'assenza di procedure per l'inoltro e la gestione delle segnalazioni ovvero l'adozione di procedure non conformi a quelle di cui al comma 5, l'ANAC applica al responsabile la sanzione amministrativa pecuniaria da 10.000 a 50.000 euro. Qualora venga accertato il mancato svolgimento da parte del responsabile di attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute, si applica al responsabile la sanzione amministrativa pecuniaria da 10.000 a 50.000 euro. L'ANAC determina l'entità della sanzione tenuto conto delle dimensioni dell'amministrazione o dell'ente cui si riferisce la segnalazione*”.

Attività successiva al monitoraggio dei processi.

Tutto il complesso di attività ora descritto è finalizzato alla continua revisione dei processi nel tentativo di migliorare il contrasto ai fenomeni corruttivi. La conoscenza degli effetti apportati dalle misure adottate è propedeutico per poter migliorare l'organizzazione aziendale in una ottica di continuo sviluppo. Con lo schema di seguito riportato si descrive riassuntivamente quali attività si svolgono all'interno di ciascuna fase.

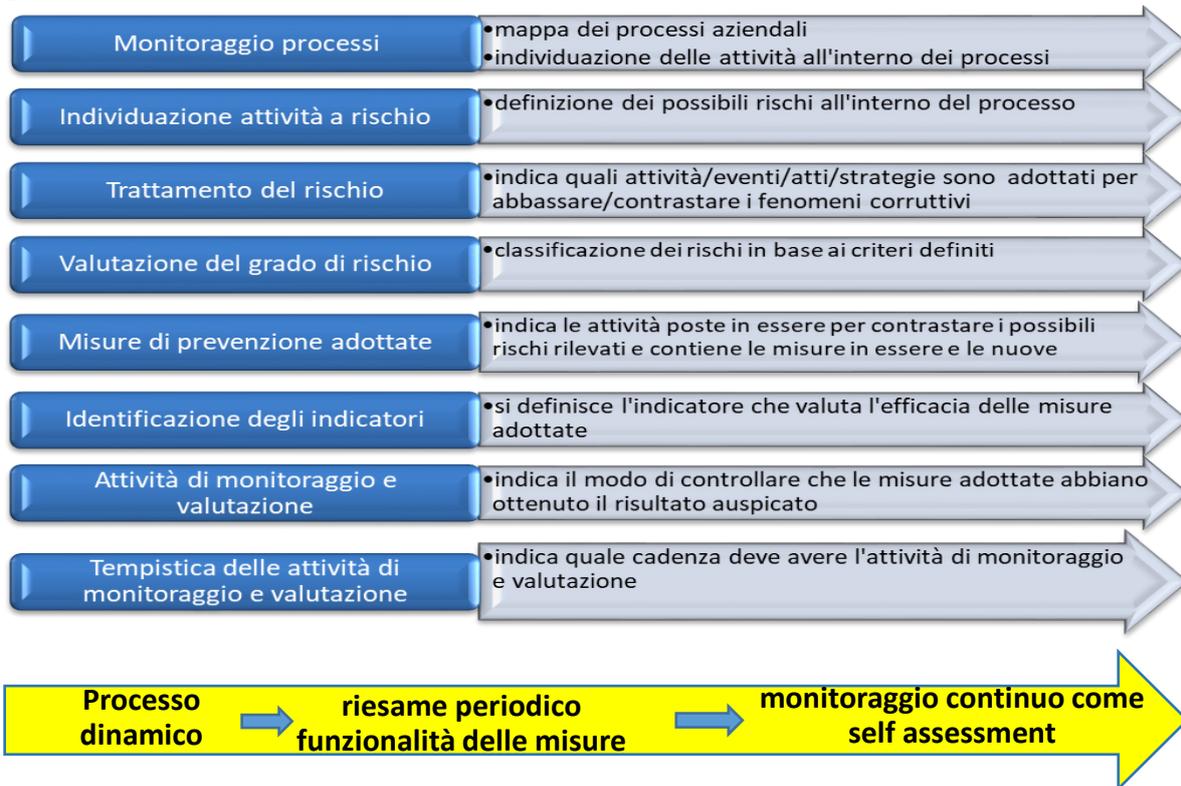


Figura 11 Sintesi del processo di mappatura.

Trasparenza

La trasparenza è considerata dal legislatore uno dei principali strumenti per la prevenzione della corruzione. Il concetto è rafforzato dalle previsioni di cui al decreto legislativo n. 97/2016, intervento che ha apportato novità e modificazioni in materia di obblighi di pubblicazione.

Individuazione percorsi per adempimento obblighi trasparenza.

Il D.Lgs 33/2013 e ss.mm. ii. al capo I ter prevede gli obblighi di pubblicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti delle Pubbliche Amministrazioni.

Per consentire il corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione si identificano di seguito i responsabili della elaborazione, della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del decreto trasparenza.

L'organizzazione della Azienda USL Umbria n.2 ha previsto la responsabilità della trasmissione in capo ai Responsabili delle diverse articolazioni aziendali, da esercitare con le seguenti modalità:

➤ Il funzionario incaricato estrae i dati, nei tempi individuati nella norma e nel presente PTPCT, e li sottopone al Responsabile della sua articolazione aziendale per la validazione.

➤ Il responsabile della articolazione aziendale valida il dato da pubblicare assicurandone la corrispondenza dei dati e garantendone la qualità, l'integrità, la completezza, la tempestività, il costante aggiornamento, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità e riutilizzabilità, la conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione, l'indicazione della loro provenienza e la riservatezza²⁸.

➤ Qualora i dati da pubblicare risultino in tutto o in parte non conformi e/o non rispettosi dei requisiti di qualità, il responsabile della validazione segnala al RT che il dato:

a) è pubblicabile provvisoriamente, in quanto le difformità rilevate sono lievi e sarà sostituito non appena disponibili dati conformi;

b) non è pubblicabile, in quanto le difformità sono macroscopiche.

Di tali segnalazioni il RPCT tiene conto nel monitoraggio della sezione "Amministrazione trasparente".

➤ Lo stesso responsabile trasmette al Servizio Formazione e Comunicazione il dato da pubblicare con indicazione della pagina del portale web aziendale nel quale posizionare i dati e le informazioni trasmesse.

➤ Il funzionario individuato dal Servizio Formazione e Comunicazione pubblica tempestivamente i dati ricevuti.

➤ Il responsabile della articolazione aziendale che ha trasmesso i dati e le informazioni si accerta e verifica l'avvenuta corretta pubblicazione.

²⁸ D.lgs 33/2013 e ssmmii art. 7 delibera ANAC 495/2024

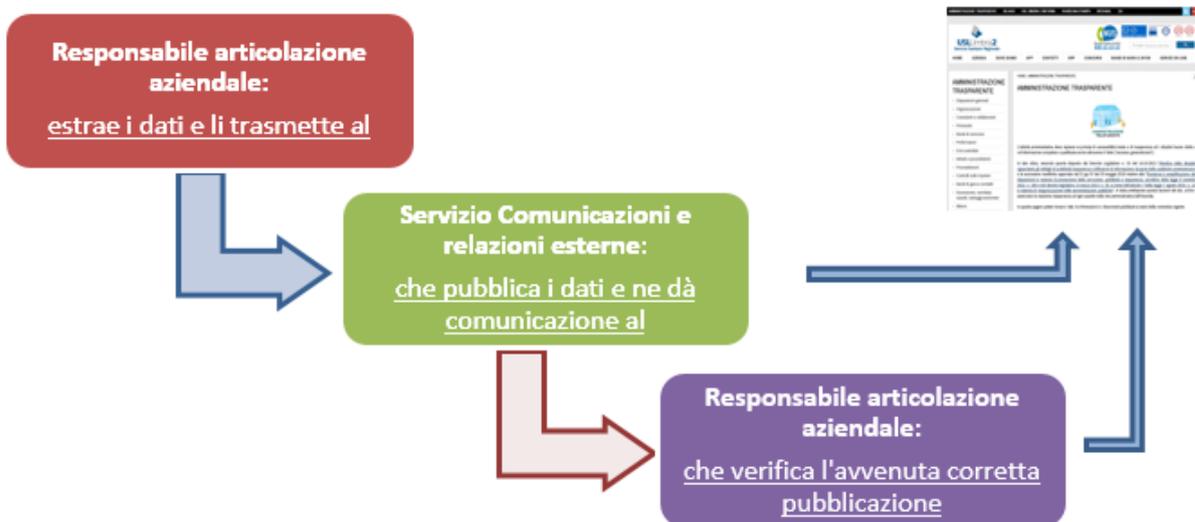


Figura 12 Flusso adempimenti trasparenza

Limiti agli obblighi di pubblicazione: disciplina della tutela protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Nuove disposizioni normative hanno aggiornato il regime della tutela del trattamento dei dati personali nel corso del 2018. Il 25 maggio 2018 è diventato pienamente applicabile il Regolamento (UE) 2016/679²⁹ (Regolamento generale sulla protezione dei dati GDPR) ed il 19 settembre 2018, ha assunto efficacia il decreto legislativo³⁰ di adeguamento del Codice privacy al Regolamento europeo.

Il regime normativo per il trattamento di dati personali da parte dei soggetti pubblici è, quindi, rimasto sostanzialmente inalterato essendo confermato il principio che esso è consentito unicamente se ammesso da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento. Pertanto, fermo restando il valore riconosciuto alla trasparenza, che concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'uso di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione (art. 1, d.lgs. 33/2013), occorre che le pubbliche amministrazioni, prima di mettere a disposizione sui propri siti web istituzionali dati e documenti (in forma integrale o per estratto, ivi compresi gli allegati) contenenti dati personali, verificano che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel d.lgs. 33/2013 o in altre normative, anche di settore, preveda l'obbligo di pubblicazione.

Giova rammentare, tuttavia, che l'attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza; minimizzazione dei dati; esattezza; limitazione della conservazione; integrità e riservatezza tenendo anche conto del principio di "responsabilizzazione" del titolare del trattamento. In particolare, assumono rilievo i principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali

²⁹ REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)

³⁰ D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101 che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali - decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679.

i dati personali sono trattati («minimizzazione dei dati») (par. 1, lett. c) e quelli di esattezza e aggiornamento dei dati, con il conseguente dovere di adottare tutte le misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati (par. 1, lett. d).

Il medesimo d.lgs. 33/2013 all'art. 7 bis, co. 4, dispone inoltre che «Nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione».

Rapporti fra RPC, RT e RPD

Alla luce dei recenti aggiornamenti in materia di tutela dei dati personali, è importante ricordare la collaborazione fra RPC, RT e RPD in materia di accesso civico ed in particolare nella fattispecie prevista dal comma 7 del D.lgs 33/2013 ipotesi per la quale il RPC ed il RT possono chiedere un parere al RPD circa le ipotesi di differimento o diniego del diritto di accesso per motivi inerenti la tutela del dato personale.

Qualità del dato.

La pubblicazione delle informazioni e dei dati sul sito istituzionale deve rispondere ai parametri previsti dall'art. 6 del D.Lgs. n. 33/2013 e cioè: integrità, costante aggiornamento, completezza del dato pubblicato, tempestività della pubblicazione, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità e conformità rispetto ai documenti originali con indicazione della loro provenienza.

I responsabili delle pubblicazioni devono, pertanto, impegnarsi nella raccolta, elaborazione e pubblicazione, nelle forme previste, dei dati previsti dal citato decreto legislativo, procedendo ad un costante e tempestivo aggiornamento degli stessi.

Secondo le previsioni del D.Lgs. n. 33 s.m.i. un dato non aggiornato o non fedele all'originale equivarrebbe ad omessa pubblicazione e, conseguentemente, costituirebbe elemento di valutazione delle responsabilità ai sensi dell'art. 46.

Le linee Guida ANAC³¹, forniscono indicazioni operative, di carattere generale, riguardo alle modalità di pubblicazione, ai fini di un miglioramento della "qualità" e della "semplicità" di consultazione dei dati, documenti ed informazioni da pubblicare nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Innanzitutto, è preferibile che i dati oggetto di pubblicazione siano esposti in tabelle, poiché l'esposizione sintetica dei dati, documenti e informazioni agevola il livello di semplicità di consultazione dei dati della sezione "Amministrazione Trasparente".

Si afferma, poi, quale regola generale, la necessità dell'indicazione della data di aggiornamento della pubblicazione e della indicazione della data di aggiornamento all'interno di ciascun documento elaborato.

Restano, in ogni caso, valide le indicazioni già fornite nell'allegato 2 della delibera ANAC n. 50/2013, in ordine ai criteri di qualità della pubblicazione dei dati, con particolare riferimento ai requisiti di completezza, formato e dati di tipo aperto.

³¹ Delibera n. 1310 del 28 dicembre 2016 e delibera 495 del 25/09/2024.

Aggiornamento del dato.

Si fa riferimento all'allegato 2 della delibera 50 del 2013 di ANAC che stabilisce la necessità che, per ciascun dato, o categoria di dati, sia indicata la data di pubblicazione e, conseguentemente, di aggiornamento, nonché l'arco temporale cui lo stesso dato, o categoria di dati, si riferisce. Precisa, inoltre, che con il termine aggiornamento non si intende necessariamente la modifica del dato, essendo talvolta sufficiente un controllo dell'attualità delle informazioni pubblicate, anche a tutela di eventuali interessi individuali coinvolti.

Le pubbliche amministrazioni sono dunque tenute a controllare l'attualità delle informazioni pubblicate e a modificarle, ove sia necessario, anche nei casi in cui l'interessato ne richieda l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione ai sensi dell'art. 7, c. 3, lett. a), del d.lgs. n. 196/2003 e smi. *E' questo, ad esempio, il caso dei curricula vitae dei dirigenti e dei titolari di posizioni organizzative. Infatti, la previsione di una data cadenza di aggiornamento non può implicare la necessità di rimodulare i contenuti dei documenti, in quanto le esperienze lavorative dei soggetti possono non aver subito alcuna modifica nell'arco temporale contemplato; tuttavia, la verifica degli stessi è importante proprio al fine di garantire l'attualità delle informazioni riportate. In materia si veda anche la delibera del Garante per la protezione dei dati personali adottata in data 2 marzo 2011, art. 6, punto A.1.* Per dar conto dell'avvenuta verifica dell'attualità delle informazioni pubblicate, è necessario che in ogni pagina della sezione "Amministrazione Trasparente" sia indicata la relativa data di aggiornamento. Il decreto legislativo n. 33/2013 ha individuato quattro diverse frequenze di aggiornamento:

a) **Cadenza annuale**, per i dati che, per loro natura, non subiscono modifiche frequenti o la cui durata è tipicamente annuale.

Fra i dati che non sono oggetto di modifiche frequenti, si citano, fra gli altri, quelli relativi agli enti pubblici istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione, alle società di cui l'amministrazione detiene quote di partecipazione minoritaria e agli enti di diritto privato in controllo dell'amministrazione (art. 22). Similmente, hanno durata tipicamente annuale i dati relativi ai costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti e ai tempi medi di erogazione degli stessi (art. 10, c. 5), nonché ai tempi medi dei pagamenti relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture (art. 33). Per tutti è previsto l'aggiornamento annuale.

b) **Cadenza semestrale**, per i dati che sono suscettibili di modifiche frequenti ma per i quali la norma non richiede espressamente modalità di aggiornamento eccessivamente onerose in quanto la pubblicazione implica per l'amministrazione un notevole impegno, a livello organizzativo e di risorse dedicate, tanto più per gli enti con uffici periferici.

E' il caso dei provvedimenti adottati dagli organi di indirizzo politico e dai dirigenti amministrativi (art. 23, c. 1).

c) **Cadenza trimestrale**, per i dati soggetti a frequenti cambiamenti.

E' previsto l'aggiornamento trimestrale dei dati relativi, ad esempio, ai tassi di assenza del personale (art. 16, c. 3).

d) **Aggiornamento tempestivo**, per i dati che è indispensabile siano pubblicati nell'immediatezza della loro adozione.

Ciò avviene, fra gli altri, nel caso degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro (art. 26, c. 2), dei documenti di programmazione delle opere pubbliche di competenza dell'amministrazione (art. 38, c. 1), nonché in relazione agli schemi di provvedimento degli atti di governo del territorio prima che siano portati all'approvazione (art. 39, c. 1, lett. b). Si fa presente, comunque, che all'art. 8, c. 1, del d.lgs. n. 33/2013 si prevede, in linea generale, che "i documenti contenenti atti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente sono pubblicati tempestivamente sul sito istituzionale dell'amministrazione" e quindi, laddove la norma non menziona in maniera esplicita l'aggiornamento, si deve intendere che l'amministrazione sia tenuta alla pubblicazione e, di conseguenza, a un aggiornamento tempestivo. Ciò accade, ad esempio, con riferimento ai dati relativi agli organi di indirizzo politico-amministrativo (art. 13, c. 1, lett. a), e art. 14, c. 1, lett. da a) a e)), nonché ai dati relativi a coloro che ricoprono incarichi amministrativi di vertice, ai titolari di incarichi dirigenziali, di collaborazione o consulenza (art. 15, cc. 1 e 2). Per le tempistiche di aggiornamento disposte per ciascuno dei dati soggetti ad obbligo di pubblicazione si rinvia all'allegato 1.

Si definiscono, di seguito, i termini entro i quali prevedere l'effettiva pubblicazione di ciascun dato, in relazione alla periodicità dell'aggiornamento fissato dalle norme:

Criteria di pubblicazione	Termine di pubblicazione
Tempestivo	La pubblicazione non deve superare i 30gg. dalla produzione dell'atto o del documento previsto dall'obbligo
Trimestrale/Semestrale/annuale	Entro i 30 gg. successivi al trimestre di riferimento dei dati/atti da pubblicare
Date stabilite da specifiche normative	scadenza prevista

Figura 13 Termini di pubblicazione dei dati

Formato di pubblicazione del dato.

Secondo quanto previsto dall'art. 7 del d.lgs. n. 33/2013, i documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente sono pubblicati in formato di tipo aperto, e sono riutilizzabili senza ulteriori restrizioni ma con obbligo di citare la fonte e di rispettarne l'integrità.

Per un approfondimento si rimanda all'allegato 2, § 3, della delibera ANAC n. 50/2013.

Obblighi di aggiornamento ed eliminazione.

Secondo quanto previsto dall'art. 8, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013, documenti, informazioni e dati oggetto di specifici obblighi di pubblicazione sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrente dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti, fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa in materia di trattamento dei dati personali e quanto previsto dagli artt. 14, c. 2, e 15, c. 4 del medesimo decreto.

Ciascuna unità organizzativa deve provvedere al periodico aggiornamento di documenti, dati, informazioni da pubblicare sulla sezione web “Amministrazione Trasparente”, secondo le rispettive competenze, tempi e modalità previsti.

Ogni unità organizzativa provvede ad accertare il rispetto dei rispettivi obblighi di pubblicazione, e relativi aggiornamenti, e promuovere le attività di elaborazione e raccolta documenti da pubblicare nelle sezioni web.

Parimenti, deve verificare documenti e file che in base alle norme di durata delle pubblicazioni devono essere tolti dalle pubblicazioni.

Vigilanza e monitoraggio sull’attuazione degli obblighi.

L’attività di monitoraggio e revisione di quanto pubblicato, spetta al dirigente del Servizio tenuto alla pubblicazione ed ha cadenza almeno semestrale.

Periodicamente, il RT provvede, a campione, a monitorare e controllare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente attraverso:

1. Verifiche periodiche:

- Analisi puntuale. Il RT esamina regolarmente i contenuti pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale, verificando che siano presenti tutte le informazioni richieste dalla legge.
- Confronto con la normativa. Viene effettuato un confronto sistematico tra le informazioni pubblicate e le disposizioni normative vigenti, al fine di individuare eventuali omissioni o incongruenze.
- Valutazione della completezza e dell'aggiornamento (attraverso documentazione prodotta dal responsabile della sezione controllata). Si verifica che le informazioni siano complete, aggiornate e facilmente accessibili.

2. Collaborazione con altri soggetti:

- Organismo Indipendente di Valutazione (OIV). Il RPC e il RT possono collaborare con l'OIV per svolgere valutazioni congiunte sulla trasparenza dell'amministrazione.
- Dirigenti responsabili degli uffici. Il RPC e il RT si avvalgono della collaborazione dei dirigenti per garantire il corretto flusso delle informazioni da pubblicare.
- Cittadini e stakeholder. Il RPC e il RT possono raccogliere segnalazioni da parte di cittadini e stakeholder per individuare eventuali problemi o carenze.

Indicizzazione delle pagine di “Amministrazione Trasparente”

Nel corso dell’anno 2020, ANAC ha dettato indicazioni in merito alla indicizzazione delle pagine della sezione “Amministrazione trasparente”.

L’Autorità Nazionale Anticorruzione ha constatato, nello svolgimento delle proprie funzioni istituzionali, la prassi di alcune amministrazioni di adottare misure informatiche per impedire ai motori di ricerca web di indicizzare le pagine della sezione “Amministrazione trasparente”.

Poiché l’utilizzo di filtri o soluzioni similari che impediscono la ricercabilità ed il riutilizzo delle informazioni, è chiaramente contrario al perseguimento degli obiettivi generali della trasparenza amministrativa, l’ANAC ha richiamato le amministrazioni e gli Organismi Indipendenti di Valutazione, in quanto soggetti competenti ad attestare l’avvenuta pubblicazione dei dati, al puntuale rispetto della normativa anche in materia di apertura dei dati e di indicizzazione delle pagine contenute nella sezione Amministrazione trasparente.

L'Azienda USL Umbria n.2 già in sintonia con le prescrizioni di ANAC, ha effettuato ricognizioni attraverso i propri uffici anche nei confronti dei fornitori esterni per accertarsi che tali condizioni non fossero attivate.

Obbligo pubblicazione dati patrimoniali – Sentenza Corte Costituzionale

Con sentenza n.12288 pubblicata il 20/11/2020 il TAR Lazio, Sez. I, ha sancito l'illegittimità del Regolamento ANAC approvato con deliberazione n. 586 del 26 giugno 2019, nella parte in cui prevede l'obbligo di pubblicazione dei dati patrimoniali ai dirigenti titolari di struttura del S.S.N.

Successivamente, la Corte Costituzionale (sentenza 20/2019) dichiara l'illegittimità costituzionale del comma 1-bis dell'art. 14, d.lgs. 33/2013, nella parte in cui prevede che le pubbliche amministrazioni pubblicano i dati di cui all'art. 14, comma 1, lettera f), dello stesso decreto legislativo anche per tutti i titolari di incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione.

In estrema sintesi, la Corte ha stata giudicato la norma contraria ai principi di proporzionalità, pertinenza, non eccedenza e finalità dei trattamenti dei dati personali, sia per la natura dei dati richiesti che per le modalità di diffusione.

Accesso civico.

Con le modifiche e le integrazioni apportate dal D.Lgs n. 97/2016, il nostro Paese ha adottato una legislazione sul modello del Freedom of Information Act (FOIA), già in uso nei più importanti paesi europei.

La Trasparenza diviene, quindi, un formidabile strumento di controllo dei cittadini sull'operato della pubblica amministrazione, che è tenuta così ad assicurare, attraverso idonee forme organizzative, la più ampia partecipazione della società civile.

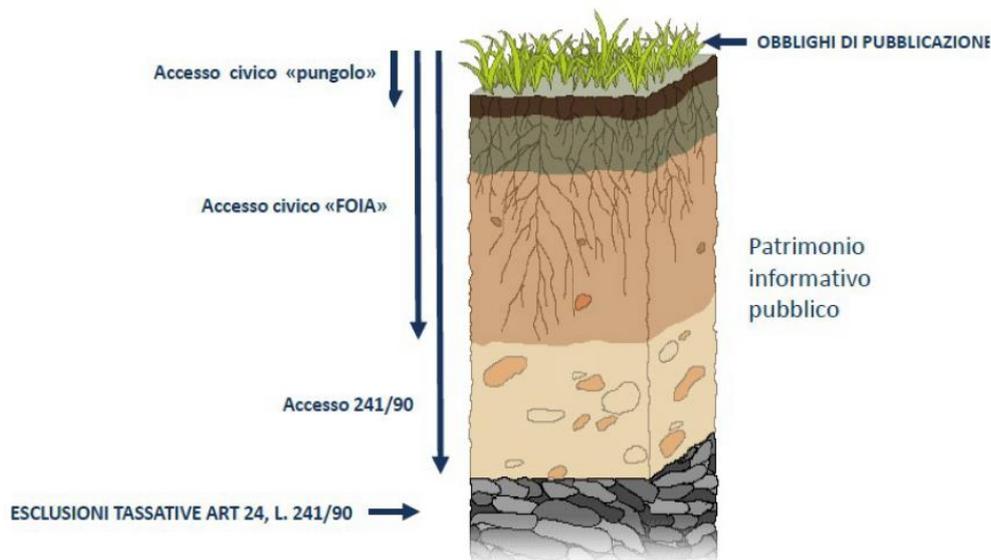


Figura 14 Grado di “profondità” delle diverse tipologie di accesso

L'Azienda USL Umbria n. 2 ha adottato il proprio “Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi” con deliberazione del D.G. n. 595 del 20/04/2018 pubblicato

nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito web aziendale, sottosezione “altri contenuti – accesso civico”. Allo stesso indirizzo sono stati anche inseriti, per facilitare gli interessati, i modelli in formato editabile per le diverse tipologie di richiesta di accesso.

Registro degli accessi.

L’Azienda USL Umbria 2 in ottemperanza alle linee guida ANAC in materia di trasparenza, pubblica il registro degli accessi con indicazione dei seguenti dati:

Prot. richiesta	Data richiesta	Oggetto	prot. risposta	data risposta	esito	Tipologia di accesso

Figura 15 Registro accesso agli atti

In tutti i casi in cui si debba procedere al rigetto dell’istanza di accesso agli atti viene fornita motivazione espressa delle ragioni del diniego.

COLLEGAMENTO FRA PIANO DELLA PERFORMANCE CON IL PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA E L’INTEGRITÀ E CON IL PIANO DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

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 legalità, integrità e trasparenza nell’azione amministrativa.

È 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.

Per rendere stringente l’integrazione tra performance e prevenzione della corruzione, il presente Piano della Performance assume le misure contenute nel PTPC e nel Programma triennale per la Trasparenza come veri e propri obiettivi di performance organizzativa e individuale.

L’Azienda, già in sede di elaborazione dei precedenti Piani della Performance e di negoziazione di budget 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, nel presente Piano della Performance sono previsti obiettivi, indicatori e target che trovano piena corrispondenza nelle principali misure di gestione del rischio corruttivo e di trasparenza.

Il collegamento tra Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza è fondamentale in quanto la tematica della trasparenza:

- è trasversale rispetto a tutte le attività dell’Azienda;
- garantisce l’accessibilità dei portatori di interesse agli obiettivi di performance assegnati ai diversi livelli della struttura organizzativa ed ex post ai risultati conseguiti.

Nell'anno 2024 gli obiettivi che verranno negoziati con le strutture aziendali devono presentare specifici collegamenti con l'attuazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Nelle schede degli obiettivi vengono inseriti obiettivi (schede di dettaglio per le strutture che riprendono gli stessi obiettivi definiti nel PTPCT) per la realizzazione dei programmi specifici per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza ed è specificato quanto segue:

“È compito del Direttore/Responsabile della Struttura, nonché del/i responsabile/i di posizione organizzativa illustrare e condividere, con tutto il personale afferente la struttura, gli obiettivi gestionali assegnati.

L'assolvimento degli obblighi di legge in merito a prevenzione della corruzione, trasparenza ed integrità in capo ai Responsabili di struttura (dirigenti e titolari P.O.) costituisce condizione di accesso all'istituto della retribuzione di risultato/produttività collettiva per detti soggetti.

L'illustrazione e condivisione degli obiettivi a tutto il personale della struttura vanno verbalizzate e i verbali redatti con individuazione dei convocati e le firme dei presenti vanno trasmessi al Controllo di Gestione entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi e/o dei piani specifici”.

Il Piano delle Performance sviluppa annualmente le schede di programmazione delle misure di prevenzione della corruzione incluse nel presente P.T.P.C.T., declinandole in obiettivi di performance organizzativa e individuale, correlati anche al sistema di retribuzione di risultato e di produttività collettiva.

I risultati emersi nella Relazione delle Performance devono essere trasmessi al R.P.C., che ne tiene conto per:

- effettuare un'analisi per comprendere le cause in base alle quali si sono verificati degli scostamenti rispetto ai risultati attesi,
- individuare delle misure correttive, sia in relazione alle misure obbligatorie che a quelle ulteriori, in coordinamento con i dirigenti in base alle attività che svolgono,
- per inserire le misure correttive tra quelle necessarie per migliorare il P.T.P.C.T.

COERENZA FRA P.T.P.C.T. E TRASPARENZA

La trasparenza è uno dei principi cardine dell'azione amministrativa e uno degli strumenti di maggiore valore nell'ottica della prevenzione della corruzione. È un obiettivo da perseguire, consentendo al cittadino di partecipare ai processi decisionali dell'amministrazione pubblica e di controllare il perseguimento dell'interesse pubblico e il corretto uso delle risorse pubbliche. La trasparenza va intesa anche come criterio di chiarezza, nel senso che i dati e le informazioni da pubblicare devono essere comprensibili, facilmente consultabili, completi, tali da non generare equivocità.

È con la legge 190/2012 che vengono valorizzati i contenuti della trasparenza ai fini della prevenzione della corruzione e della cattiva amministrazione. La legge ha fissato criteri di delega per il riordino della disciplina, attuata con il d.lgs. 33/2013.

La trasparenza diventa quindi misura generale di prevenzione di corruzione.

L'architettura normativa è composta quindi dalla legge 190 che:

- assicura la trasparenza mediante la pubblicazione sui siti web delle p.a. secondo criteri di facile accessibilità, completezza, semplicità di consultazione nel rispetto del segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali;
- ribadisce che è livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione.

Il d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 definisce la trasparenza come: *“accessibilità totale dei dati e dei 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).

Secondo l'ANAC³² fra le modifiche più importanti del d.lgs. 33/2013 si registra quella del pieno coordinamento fra prevenzione della corruzione e trasparenza³³.

L'Azienda USL Umbria n.2 ha integrato nell'unico documento, il P.T.P.C.T., le azioni da intraprendere per rendere concreto il disposto normativo.

COERENZA FRA P.T.P.C.T. E CODICE DI COMPORTAMENTO

L'Azienda USL Umbria n.2 ha scelto di riunire all'interno del P.T.P.C.T. 2022/2024 anche il “Codice di Comportamento”. Con tale inserimento si è contestualmente provveduto anche all'aggiornamento dello stesso, in modo da assicurare la coerenza di tutti gli strumenti di prevenzione della corruzione. Per rendere agevole la consultazione del P.T.P.C.T., il codice di comportamento è mantenuto distinto, con un proprio separato indice, in modo che con immediatezza possano essere identificati gli eventuali temi di interesse. Le attività previste dal CdC sono inserite nel crono programma del P.T.P.C.T.

COERENZA FRA P.T.P.C.T., PIANO DEI FABBISOGNI E PROCEDURE DI RECLUTAMENTO DEL PERSONALE

Nel P.T.P.C.T. vengono individuate misure specifiche al fine di:

1. rispettare il tetto di spesa per costo del personale;
2. effettuare analisi periodiche delle richieste di fabbisogno sulla base della valorizzazione delle risorse interne;
3. definire le priorità sulla base degli obiettivi strategici individuati dalla direzione aziendali ed in linea con le indicazioni regionali e ministeriali;
4. garantire la massima pubblicità di tutte le fasi del procedimento di reclutamento del personale

³² Delibera 1310 del 28/12/2016: “Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs.33/2013 come modificato dal D.Lgs. 97/2016

³³ delibera n. 831/2016 dell'Autorità sul PNA 2016 (cfr. § 4).



La Legge 7 agosto 2015, n.124 *“Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”* – c.d. riforma Madia – ha introdotto forme alternative e flessibili di rapporto di lavoro nel pubblico impiego al fine di armonizzare i tempi di vita e di lavoro.

L'articolo 14 della legge 7 agosto 2015, n.124 prevede che le amministrazioni *“adottano misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e del lavoro agile e per la sperimentazione, anche al fine di tutelare le cure parentali, di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa che permettano, entro tre anni, ad almeno il 10 per cento (modificato al 15%) dei dipendenti, ove lo richiedano, di avvalersi di tali modalità, garantendo che i dipendenti che se ne avvalgono non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera”*. La norma prevede che *“l'adozione delle misure organizzative e il raggiungimento degli obiettivi suddetti costituiscono oggetto di valutazione nell'ambito dei percorsi di misurazione della performance organizzativa e individuale all'interno delle amministrazioni pubbliche”*. Le amministrazioni pubbliche dovevano adeguare altresì i propri sistemi di monitoraggio e controllo interno, individuando specifici indicatori per la verifica dell'impatto sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa, *“nonché sulla qualità dei servizi erogati, delle misure organizzative adottate in tema di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative”*.

L'Amministrazione Pubblica individua le modalità innovative, alternative al telelavoro, più adeguate rispetto alla propria organizzazione, nel rispetto delle norme e dei principi in tema di sicurezza sul luogo di lavoro, tutela della riservatezza dei dati e verifica dell'adempimento della prestazione lavorativa.

Successivamente, la Legge 22 maggio 2017, n.81, recante *“Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato”* ha definito il lavoro agile come *“...modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa. Si prevede che la prestazione lavorativa debba essere eseguita in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una posizione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva”*. È stata garantita l'estensione del lavoro agile anche al pubblico impiego, in quanto: *“nei rapporti di lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, secondo le direttive emanate anche ai sensi dell'articolo 14 della legge 7 agosto 2015, n. 124, e fatta salva l'applicazione delle diverse disposizioni specificamente adottate per tali rapporti”*.

In attuazione di tali norme il 3 giugno 2017 il Dipartimento della Funzione pubblica ha adottato la direttiva n. 3/2017 – recante le linee guida sul lavoro agile nella PA – che è divenuto il principale riferimento per la disciplina del lavoro agile nella PA prima dell'emergenza COVID-19.

Con l'avvento della pandemia COVID-19, si ravvisa la necessità di apportare modifiche alle modalità di svolgimento della prestazione lavorativa al fine di garantire la tutela della salute dei cittadini e dei lavoratori.

Con Decreto-legge 2 marzo 2020, n. 9, recante *“Misure urgenti di sostegno per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”* di modifica al richiamato articolo 14 della Legge n.124/2015 si supera il regime sperimentale dell'obbligo per le amministrazioni di adottare misure organizzative per il ricorso a nuove modalità spaziotemporali di svolgimento della prestazione lavorativa con la conseguenza che la misura operasse a regime.

Il decreto-legge n. 18 del 17 marzo 2020 *“Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”*, all'art. 87 (come modificato dal decreto legge 14 agosto 2020, n.104) ha previsto che *“fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, ovvero fino ad una data antecedente stabilita con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione, il lavoro agile è una delle modalità ordinarie di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.*

Le amministrazioni, pertanto:

- limitano la presenza del personale negli uffici per assicurare esclusivamente le attività che ritengono indifferibili e che richiedono necessariamente la presenza sul luogo di lavoro, anche in ragione della gestione dell'emergenza;
- prescindono dagli accordi individuali e dagli obblighi informativi previsti dagli articoli da 18 a 23, della legge 22 maggio 2017, n. 81”. La norma prevede che la prestazione lavorativa in lavoro agile può essere svolta anche attraverso strumenti informatici nella disponibilità del dipendente qualora non siano forniti dall'amministrazione.

Il Decreto-legge n. 34 del 19 maggio 2020, *“Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID19”*, convertito con modificazioni con Legge 17 luglio 2020 n.77, ha disposto all'art. 263 comma 4-bis che *“entro il 31 gennaio di ciascun anno, le amministrazioni pubbliche redigono il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del documento di cui all'articolo 10, comma 1 lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. Il POLA individua le modalità attuative del lavoro agile prevedendo che, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, almeno il 60 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera, e definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative”*.

L'obiettivo del Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) è dunque la definizione della modalità agile quale modalità ordinaria del lavoro all'interno delle amministrazioni pubbliche con il coinvolgimento dei lavoratori, per tutte quelle attività che possono essere svolte nella modalità a distanza.

Con il decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126 avente ad oggetto "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia" all'art. 21-bis e 21-ter è stato disciplinato il lavoro agile e il congedo straordinario per i genitori durante il periodo di quarantena obbligatoria del figlio convivente per contatti scolastici nonché il lavoro agile per genitori con figli con disabilità.

In data 19 ottobre 2020 è stato emanato un decreto col quale sono state impartite ulteriori disposizioni attuative in applicazione della normativa sopra indicata. Successivamente, al fine di fornire specifiche direttive uniformi alle Pubbliche Amministrazioni, in ordine all'organizzazione e alla programmazione del lavoro agile, sono state emanate con decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione datato 9 dicembre 2020, le Linee guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA).

Con la Direttiva del 29 Dicembre 2023 del Ministro della Pubblica Amministrazione si è ritenuto necessario evidenziare la necessità di garantire, ai lavoratori che documentino gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari, di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza mediante accordi individuali tra il dirigente e il lavoratore.

Obiettivi del lavoro agile anno 2025

1. Garantire lo sviluppo di una maggiore autonomia del dipendente nella produttività e nella qualità del lavoro;
2. Responsabilizzare i dipendenti;
3. Favorire la conciliazione dei tempi di vita privata e professionale;
4. Sviluppare e diffondere la cultura orientata ai risultati;
5. Diffondere la cultura della digitalizzazione dei processi di lavoro;
6. Valorizzare le competenze del personale;
7. Migliorare il benessere organizzativo;
8. Promuovere l'inclusione lavorativa dei dipendenti in situazione di fragilità;
9. Promuovere l'efficienza e l'efficacia dei servizi ai cittadini.

Livello di attuazione e sviluppo

Nell'ambito dei percorsi di misurazione della *performance* organizzativa e al fine di adeguarsi alla normativa vigente in materia di lavoro agile, l'Azienda Sanitaria USL Umbria 2 ha posto in essere gli adempimenti necessari, tenendo conto delle misure organizzative e del raggiungimento degli obiettivi oggetto di valutazione, in quanto tenuta al rispetto dei limiti imposti nell'ambito delle risorse finanziarie, umane e strumentali disponibili a legislazione vigente.

L'attivazione del modello lavorativo che prevede l'utilizzo del lavoro agile, seppur legata al periodo pandemico, ha prodotto un'importante esperienza in azienda promuovendo una forma di lavoro decisamente innovativa tra il personale che ha fornito riscontri molto positivi.

Da considerare che nell'implementare e/o mantenere la modalità di *smart working* si dovrà certamente ponderare la misurazione della performance con l'individuazione di specifici indicatori di valutazione, i cosiddetti *Key Performance Indicators* (KPI), con specifici programmi di lavoro con obiettivi condivisi da raggiungere in un determinato periodo di tempo; il tutto anche attraverso relazioni periodiche che possano tracciare i flussi di lavoro.

Sono state escluse dalle prestazioni lavorative in modalità agile le attività indifferibili da rendere in presenza con l'obiettivo primario volto a garantire il necessario supporto ai servizi di assistenza sia di tipo sanitario che socio sanitario e, si è organizzata la rotazione del personale al fine di garantire il distanziamento sociale ed interpersonale tra i lavoratori dipendenti.

Le attività si sono svolte grazie ai controlli sulla presenza oraria e sull'attività svolta da parte dei dirigenti, considerati responsabili di monitorare il corretto, efficiente ed efficace svolgimento dell'attività dei dipendenti. La programmazione ed il confronto periodico tra colleghi sono utili sia per verificare l'andamento delle attività sia per non alienarsi dal normale contesto lavorativo. La condivisione dei problemi e delle soluzioni porta a migliorare il proprio modo di lavorare in modalità agile.

Modalità attuative

L'obiettivo del POLA è l'incentivazione all'uso dei sistemi digitali per la risoluzione delle richieste dell'utenza portando anche ad una riorganizzazione degli spazi, con stimoli nuovi per i dipendenti.

Sulla base delle Linee Guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile, l'Azienda Sanitaria USL Umbria 2 sta provvedendo a disciplinare il lavoro agile secondo le linee guida del POLA, mediante una graduale elaborazione di un programma di sviluppo.

La scelta sulla progressività e sulla gradualità dello sviluppo del lavoro agile è delegata all'Amministrazione per il tramite dei dirigenti preposti, che deve programmare l'attuazione tramite il POLA, fotografando una *baseline* e definendo i livelli attesi degli indicatori scelti per misurare le condizioni abilitanti, lo stato di implementazione, i contributi alla performance organizzativa e, infine, gli impatti attesi.

Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile

Dall'attività del POLA è quasi escluso dal lavoro agile il personale impiegato nei servizi direttamente coinvolti nella gestione dell'attività sanitaria e socio assistenziale a diretto contatto con i pazienti, e dei servizi direttamente a supporto delle predette attività, il personale medico, sanitario, amministrativo e tecnico impiegato in attività che prevedono l'utilizzo di strumentazione e documentazione non utilizzabile da remoto e/o la cui tipologia di attività svolta richiede la presenza fisica del dipendente nelle sedi dell'Azienda fatto salvo particolare azione disciplinata nel dettaglio dal dirigente o responsabile con rotazione mirata.

Lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità lavoro agile non muta gli obblighi, i doveri e i diritti del datore di lavoro e del dipendente in attuazione alle normative vigenti e alle disposizioni aziendali. In caso di ferie, malattia e qualunque altro tipo di assenza, il dipendente che svolge la prestazione lavorativa in modalità agile è tenuto a rispettare gli oneri di comunicazione e/o richiesta di autorizzazione previsti.

Il POLA promuove:

1. la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e il miglioramento del benessere organizzativo del lavoratore;
2. l'accrescimento della produttività e della qualità del lavoro e la flessibilità organizzativa.

L'Azienda USL Umbria 2 ha avviato una fase sperimentale di attuazione del lavoro agile.

La messa a regime dello strumento "lavoro agile" costituisce un'ulteriore leva organizzativa per il miglioramento dell'attività amministrativa, in coerenza con la finalità dell'Azienda di valorizzare il lavoro per obiettivi.

Le principali attività da svolgere in lavoro agile possono:

- essere eseguite attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche;
- essere svolte da remoto e tali da non richiedere la costante presenza fisica del lavoratore presso la sede di servizio;
- prevedere l'utilizzo di documenti digitalizzabili;
- richiedere una concentrazione o una creatività particolare per la loro esecuzione;
- essere pianificabili e verificabili nell'esecuzione e nella misurazione dei risultati.

Salute organizzativa

L'Azienda prevede di disciplinare il lavoro agile nel rispetto della normativa attualmente vigente, ponendo una particolare attenzione alle politiche relative alla valorizzazione delle risorse umane e alla razionalizzazione delle risorse strumentali disponibili nell'ottica di una maggiore produttività ed efficienza; valorizzando la responsabilizzazione del personale dirigente e non; ottimizzando la riprogettazione degli spazi di lavoro; promovendo una più ampia diffusione dell'utilizzo delle tecnologie digitali; ottimizzando i sistemi di misurazione e valutazione della *performance* al fine di agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

Salute professionale

Dovrà essere svolta:

1. La mappatura del personale e l'analisi dei relativi bisogni formativi;
2. L'analisi della capacità di lavorare per obiettivi e per processi e delle competenze digitali (appropriato e corretto utilizzo delle tecnologie informatiche) delle risorse umane.

Salute digitale

L'USL Umbria 2 intende adottare misure atte a favorire lo sviluppo della digitalizzazione dei processi, delle attività e dei servizi erogati.

L'obiettivo principale è l'introduzione e la diffusione di nuove tecnologie digitali, incentivando la standardizzazione, l'innovazione e la sperimentazione nell'ambito dei servizi sanitari pubblici, cercando di introdurre nuove tecniche per consentire al personale di effettuare la propria prestazione lavorativa sia dall'interno delle sedi, sia in modalità lavoro agile.

Attualmente, per lo svolgimento del lavoro in modalità agile, le connessioni alla rete aziendale dell'Azienda vengono effettuate tramite accessi protetti e crittografati utilizzando strumenti *forticlient*. Effettuato l'accesso alla rete aziendale, gli utenti si autenticano agli applicativi per i quali sono stati abilitati.



USL Umbria2

Salute economico finanziaria

Nell'ambito della copertura economica e finanziaria, sarà necessario valutare sia i costi che gli investimenti fondamentali per sostenere:

1. i piani di sviluppo delle diverse risorse umane, anche per quanto attiene la formazione ed implementazione delle competenze organizzative e digitali, funzionali allo svolgimento del lavoro in modalità agile;
2. gli investimenti in digitalizzazione dei processi e delle procedure amministrative;
3. lo sviluppo delle tecnologie informatiche, dei sistemi informatici e delle dotazioni individuali.

Sistema di misurazione e valutazione della performance

Gli obiettivi di *performance* organizzativa rappresentano i traguardi che la struttura deve raggiungere nel suo complesso e al perseguimento dei quali tutti (Direttori, Dirigenti e personale del comparto) sono chiamati a contribuire. La misurazione della *performance* organizzativa è la quantificazione del livello di raggiungimento dei risultati per gli obiettivi fissati. Si ricorre a diversi indicatori: quelli associati agli obiettivi strategici dell'Azienda Sanitaria e quelli attribuiti alle attività caratterizzanti di ciascuna Struttura e/o Servizio. In considerazione della rilevanza che riveste la scelta degli indicatori, l'impegno dell'USL Umbria 2 è rivolto al continuo miglioramento dell'adeguatezza degli indicatori utilizzati; a tale fine è importante il ruolo dell'OIV, grazie al cui coinvolgimento viene verificata l'adeguatezza degli indicatori scelti.

L'Azienda USL Umbria 2, come mostrano i dati elaborati in occasione dell'ultimo monitoraggio effettuato, rientra anche per l'anno 2024 all'interno del tetto previsto per la spesa del personale di cui alla DGR n. 581 del 23/06/2021, confermata dalla DGR n. 1326 del 14/12/2022.

La Regione dell'Umbria con nota prot. 84688 del 13/04/2023 ha comunicato alle aziende del SSR la possibilità di considerare dal 2022, come ulteriore detrazione dell'aggregato spesa personale per l'adempimento LEA ag), al pari della già note detrazioni di cui alla Circolare MEF n. 9 del 17/02/2006, la spesa per il personale reclutato per l'attuazione di quanto previsto dal DL 34/2020 ai sensi dell'art. 1 c. 4 (ADI), c. 5 (Infermieri) c.8 (COT) e art. 2 c. 7 (potenziamento terapie intensive).

Con nota ns prot. 9016 del 14/1/2025 la Regione dell'Umbria ha invitato l'Azienda USL Umbria 2 a presentare il PTFP 2025-2027 compilandolo secondo le modalità operative introdotte per la compilazione del Piano 2024-2026.

Con nota protocollo 96472 del 2/5/2023, la Regione ha dato comunicazione alle Aziende Sanitarie Territoriali della possibilità di considerare oltre i limiti di spesa per il personale, determinati nell'ammontare dei rispettivi tetti, anche il personale dipendente reclutato per il potenziamento dell'assistenza territoriale in attuazione della DGR n. 1329 del 14/12/2022 adottata in base alle previsioni del DM 77/2022. Come sottolineato nella comunicazione, detta ulteriore detrazione scatta esclusivamente se il tetto di spesa viene superato per effetto delle assunzioni in argomento e per un ammontare totale delle risorse previste. A tal fine si precisa che per l'anno 2024 la Azienda USL Umbria 2 rientra nel tetto di spesa.

Relativamente al reclutamento a tempo indeterminato di personale, ai sensi dell'art. 50 del DL 73/2021 (Sicurezza ambienti e luoghi lavoro) l'Azienda ha previsto l'assunzione, nel corso del 2025, di assistenti sanitari e tecnici della prevenzione.

Nonostante il forte impulso che la direzione aziendale ha dato nel corso del 2024, in continuità con l'anno precedente, all'attività di reclutamento del personale e al proficuo impegno della direzione amministrazione del personale, restano numerose criticità legate all'assunzione di personale sia nell'area medica, sia nell'area chirurgica, nonché nel comparto sanitario, soprattutto per alcuni territori/strutture che possiamo definire particolarmente disagiate.

A ciò si aggiunge la difficoltà di non poter procedere con le assunzioni degli specializzandi, laddove le strutture non appartengono alla rete formativa.

Nel corso del 2024 sono stati bandite numerose procedure di reclutamento (avvisi, mobilità e concorsi) per la dirigenza medica e sanitaria, più specificatamente 10 concorsi, 11 avvisi di mobilità

e 11 avvisi per tempi determinati. Ad essi si aggiungono n. 14 concorsi per dirigenti medici e sanitari di Struttura Complessa.

Le criticità maggiori sono rivenienti nelle seguenti discipline:

- Anestesia e Rianimazione
- Medicina d'emergenza-urgenza
- Pediatria
- Psichiatria
- Cardiologia
- Igiene epidemiologia e sanità pubblica
- Ortopedia e traumatologia
- Chirurgia generale

Alle grandi difficoltà di reclutamento del personale soprattutto medico, dovuta alla carenza degli stessi, si aggiungono quelle connesse all'assegnazione del personale in quei contesti che per diverse ragioni, anche oro-geografiche, sono disagiate (esempio gli istituti penitenziari, Valnerina, Orvieto ecc.).

Di seguito si elencano le procedure concorsuali bandite nel 2023 e nel 2024 con utilizzo delle graduatorie per le assunzioni nel 2024:

1. concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura a tempo indeterminato di posti di dirigente medico della disciplina di **Anatomia patologica** - area medica e delle specialità mediche;
2. concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura a tempo indeterminato di posti di dirigente medico della disciplina di **medicina d'emergenza-urgenza** - area medica e delle specialità mediche;
3. concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura a tempo indeterminato di posti di dirigente medico della disciplina di **urologia** - area chirurgica e delle specialità chirurgiche;
4. concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura a tempo indeterminato di posti di dirigente medico della disciplina di **radiodiagnostica** - area della medicina diagnostica e dei servizi;
5. concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura a tempo indeterminato di posti di dirigente medico della disciplina di **medicina fisica e riabilitazione** - area medica e delle specialità mediche;
6. concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura a tempo indeterminato di posti di dirigente medico della disciplina di **cardiologia** - area medica e delle specialità mediche;
7. concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura a tempo indeterminato di posti di dirigente medico della disciplina di **nefrologia** - area medica e delle specialità mediche;
8. concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura a tempo indeterminato di posto di dirigente medico della disciplina di **oftalmologia** - area chirurgica e delle specialità chirurgiche;

9. concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura a tempo indeterminato di posti di dirigente medico della disciplina di **neurologia** – area medica e delle specialità mediche;
10. concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura a tempo indeterminato di posti di dirigente medico della disciplina di **medicina interna** - area medica e delle specialità mediche;
11. concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura a tempo indeterminato di posti di dirigente medico della disciplina di **anestesia rianimazione** - area medica e delle specialità mediche;
12. concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura a tempo indeterminato di posti di dirigente medico della disciplina di **dermatologia e venereologia** - area medica e delle specialità mediche;
13. concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura a tempo indeterminato di posti di dirigente medico della disciplina di **igiene, epidemiologia e sanità pubblica** - area medica e delle specialità mediche;
14. concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura a tempo indeterminato di posti di dirigente medico della disciplina di **malattie dell'apparato respiratorio** - area medica e delle specialità mediche;
15. concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura a tempo indeterminato di posti di dirigente medico della disciplina di **malattie infettive** - area medica e delle specialità mediche;
16. concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura a tempo indeterminato di posti di dirigente medico della disciplina di **malattie metaboliche** - area medica e delle specialità mediche;
17. concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura a tempo indeterminato di posti di dirigente medico della disciplina di **oncologia** - area medica e delle specialità mediche;
18. concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura a tempo indeterminato di posti di dirigente medico della disciplina di **ortopedia e traumatologia** - area chirurgica e delle specialità chirurgiche;
19. concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura a tempo indeterminato di posti di dirigente medico della disciplina di **odontoiatria** area chirurgica e delle specialità chirurgiche;
20. concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura a tempo indeterminato di posto di **biologo** della disciplina di patologia clinica – area della medicina diagnostica e dei servizi;
21. concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura a tempo indeterminato di posto di **dirigente farmacista** della disciplina di farmacia **territoriale** - area di farmacia;
22. concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura a tempo indeterminato di posti di **dirigente farmacista** della disciplina di farmacia **ospedaliera** - area di farmacia.

Una informazione importante che pone in evidenza tutte le difficoltà che le aziende sanitarie stanno attraversando nel reclutare personale medico, è che le procedure bandite nel 2024 sono state quasi

tutte concluse in corso d'anno, unitamente ad altre avviate nel corso del 2023, ma nonostante ciò perdura la difficoltà assunzionale.

Tale situazione per le discipline sopra specificate costringe l'Azienda, al fine di garantire la continuità assistenziale, vale a dire la copertura dei turni di servizio, nonché l'erogazione dei LEA e quindi scongiurare l'interruzione di pubblico servizio, a ricorrere ad istituti contrattuali quali la produttività aggiuntiva, convenzioni con altre Aziende Sanitarie ed estrema *ratio*, a rapporti di tipo libero professionale ai sensi del D.Lgs. 165/2001, nonché contratti libero professionali ai sensi del DL 18/2020 conv. in L. 27/2020 e smi.

L'auspicata possibilità di reintegro dell'organico potrebbe avvenire con l'assunzione che oggi può essere stimata in oltre ottanta professionisti ripartiti tra le varie discipline. Ciò dovrebbe consentire all'Azienda di invertire, *in primis*, l'andamento degli ultimi anni in quanto a mobilità passiva/attiva con miglioramento delle performance dei reparti ospedalieri, ed inoltre dovrebbe consentire l'incremento delle prestazioni ambulatoriali auspicando così una riduzione delle liste di attesa. Il reclutamento del personale medico consentirebbe di dare una più appropriata risposta anche in termini territoriali, tenuto conto delle disposizioni di cui al DM 77/2022.

Le difficoltà di reclutamento di professionisti, che interessa tutto il territorio nazionale, è legata ad una programmazione a livello formativo che si è rivelata ad oggi essere insufficiente rispetto alle necessità dettate dal turnover. A ciò si aggiunga l'avvento della pandemia che ha ridotto ulteriormente gli organici delle strutture ospedaliere e territoriali che in un certo qual modo possono considerarsi "periferiche". Quindi nonostante questa USL abbia espletato un numero elevatissimo di procedure selettive (avvisi e concorsi per le medesime discipline reiterati in continuazione), i risultati sono sempre stati scarsi sia per l'ubicazione di talune strutture che risultano molto distanti dalle sedi capoluogo, con particolare riguardo a Perugia, sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia. Vedasi al riguardo la difficoltà crescente a ricoprire posti di organico per l'Ospedale di Orvieto, per l'Ospedale di Narni e Amelia, l'Ospedale di Spoleto (ora polo unico Foligno Spoleto) e per i Servizi della Valnerina. Tali difficoltà sono aggravate dal fatto che diverse strutture assistenziali di questa USL sono escluse dalla rete formativa degli specializzandi.

Ovviamente l'assunzione dei medici di cui sopra, nel numero indicato, troverebbe spazio nelle disponibilità attuali tenuto conto del margine esistente con riferimento al tetto di spesa del personale fissato per questa USL con DGR n. 581 del 23/06/2021, confermata dalla DGR 1326 del 14/12/2022, pari ad €166.699.167,00 e sulla scorta delle assunzioni di cui al DL 34/2020 e al DL 73/2021.

Si auspica che l'importante politica assunzionale prevista per l'anno 2025 possa contribuire ad un miglioramento delle performance aziendali.

Al fine di valorizzare le professionalità esistenti, nel corso dell'anno 2024, si è proceduto con l'espletamento e successivo conferimento di diversi incarichi di struttura complessa, con un impatto positivo a livello gestionale/organizzativo.

Di seguito si riportano i concorsi espletati e quelli che restano da espletare:

1. struttura complessa – DI DIREZIONE DELLA STRUTTURA COMPLESSA DI Anatomia Patologica;
2. struttura complessa – DI DIREZIONE DELLA STRUTTURA COMPLESSA DI CARDIOLOGIA ED UTIC P.O. DI FOLIGNO E SPOLETO;
3. struttura complessa – DI DIREZIONE DELLA STRUTTURA COMPLESSA DI ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA P.O. DI FOLIGNO E SPOLETO;
4. struttura complessa – DI DIREZIONE DELLA STRUTTURA COMPLESSA DI NEFROLOGIA E DIALISI;
5. struttura complessa – DI DIREZIONE DELLA STRUTTURA COMPLESSA DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE P.O. DI FOLIGNO E SPOLETO;
6. struttura complessa – DI DIREZIONE DELLA STRUTTURA COMPLESSA DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI P.O. DI FOLIGNO E SPOLETO -;
7. struttura complessa di “DI DIREZIONE DELLA STRUTTURA COMPLESSA DI OCULISTICA P.O. DI FOLIGNO E SPOLETO -;
8. struttura complessa DI DIREZIONE DELLA STRUTTURA COMPLESSA DI LABORATORIO ANALISI - PROFILO PROFESSIONALE DIRIGENTE MEDICO/BIOLOGO/CHIMICO DELLA DISCIPLINA DI PATOLOGIA CLINICA;
9. struttura complessa DI DIREZIONE DELLA STRUTTURA COMPLESSA DI CARDIOLOGIA ED UTIC DI ORVIETO;
10. struttura complessa DI DIREZIONE DELLA STRUTTURA COMPLESSA DI ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA DI ORVIETO;
11. struttura complessa DI DIREZIONE DELLA STRUTTURA COMPLESSA DI SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO (da espletare);
12. struttura complessa DI DIREZIONE DELLA STRUTTURA COMPLESSA DI SANITA' ANIMALE (da espletare).

Nell'anno 2024 si sono concluse le procedure per la stabilizzazione del personale ai sensi della L. 29/12/2022 n. 197 art. 1 c. 528, del D.L. 29/12/2022 n. 198 art. 4 c. 9-quinquiesdecies, c. 9 sexiesdecies e c. 9 septiesdecies, convertito con modificazioni dalla L. 24/2/2023 n. 14. Con DGR 1099 del 25/10/2023 la Regione dell'Umbria ha preso atto del verbale di confronto sottoscritto in data 18/10/2023 riguardante la valorizzazione della professionalità acquisita dal personale che ha prestato servizio durante l'emergenza covid-19 negli enti del SSN mediante applicazione dell'art. 1, c. 268 lett. B della L. 30/12/2021 n. 234 –verbale di confronto 23-27/03/2023- Attualizzazione.

L'Azienda ha emesso con DDG n. 2128 del 14/12/2023 un avviso pubblico di manifestazione di interesse finalizzata alla stabilizzazione del personale dirigenziale e non dirigenziale sanitario, socio-



USL Umbria2

sanitario, amministrativo, tecnico e professionale reclutato dagli enti del SSN, anche con contratti di lavoro flessibile. L'avviso ha previsto una prima scadenza al 10/1/2024 ed una seconda scadenza al 10/1/2025. Nel corso del 2024 si è proceduto con la stabilizzazione n. 95 unità nei limiti dei posti previsti nel PTFP 2024-2026 e nel rispetto del tetto di spesa.

A seguito degli accordi conclusi nell'anno 2023 con le OOSS del comparto, volti a valorizzare il personale che quotidianamente è impegnato a dare una risposta assistenziale e di supporto, nonché di natura amministrativa tecnica, si è proceduto nel corso dell'anno 2024 al conferimento, in parte, di Incarichi di funzione organizzativa, professionale e di coordinamento.

È altresì da precisare che è stato pubblicato un concorso congiunto con le aziende sanitarie della Regione Umbria per il reclutamento di operatori tecnici specializzati (videoterminalisti) che è in corso di espletamento.

1. Per il potenziamento del personale tecnico-amministrativo che comunque riveste un ruolo importante nell'Azienda quale supporto dell'apparato sanitario nel PTFP 2025-2027 sono previste assunzioni per un totale complessivo di n. 43 unità, di cui n. 5 stabilizzazioni.

PIANO FABBISOGNO PERSONALE TRIENNIO 2025 - 2027														Tabella 1		
TETTO DI SPESA aziendale per il personale di cui alla DGR 581/2021	166.699.167,00	€														
TETTO DI SPESA aziendale TEMPO DETERMINATO <i>ai sensi dell'art. 44 ter DL 19/2024</i> dirigenza medica e personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario		€														
TETTO DI SPESA aziendale TEMPO DETERMINATO <i>ai sensi dell'art. 44 ter DL 19/2024</i> dirigenza sanitaria, veterinaria, PTA e personale non dirigenziale appartenente ai profili professionale, tecnico, amministrativo		€														
	Posti coperti al 31.12.2024			ANNO 2025				ANNO 2026				ANNO 2027				
	Tempo Indeterminato	Tempo determinato		Assunzioni 2025				Assunzioni 2026				Assunzioni 2027				
		Contingente complessivo	di cui in sostituzione	ordinarie	Stabilizzazioni	legge 68/99	progressioni tra le AREE	ordinarie	Stabilizzazioni	legge 68/99	progressioni tra le AREE	ordinarie	Stabilizzazioni	legge 68/99	progressioni tra le AREE	
RUOLO SANITARIO																
DIRIGENZA																
DIRIGENTI MEDICI STRUTTURA COMPLESSA	27			2												
DIRIGENTI MEDICI	549	14		77												
DIRIGENTI VETERINARI STRUTTURA COMPLESSA	2			1												
DIRIGENTI VETERINARI	32	4		2												
DIRIGENTI FARMACISTI STRUTTURA COMPLESSA	1															

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione Azienda Sanitaria USL Umbria 2

2025-2027- Annualità 2025

Direttore Generale f.f Dott. Piero Carsili

DIRIGENTI FARMACISTI	19	3																	
DIRIGENTI BIOLOGI STRUTTURA COMPLESSA	1																		
DIRIGENTI BIOLOGI	8	4		5															
DIRIGENTI CHIMICI STRUTTURA COMPLESSA																			
DIRIGENTI CHIMICI																			
DIRIGENTI PSICOLOGI STRUTTURA COMPLESSA																			
DIRIGENTI PSICOLOGI	17	2				5													
DIRIGENTI FISICI STRUTTURA COMPLESSA																			
DIRIGENTI FISICI	3																		
DIRIGENTI DELLE PROFESSIONI SANITARIE STRUTTURA COMPLESSA																			
DIRIGENTI DELLE PROFESSIONI SANITARIE	3	1																	
COMPARTO - Area del Personale di Elevata Qualificazione																			
Prof. Sanitarie Infermieristiche - INFERMIERI																			
Prof. Sanitarie Infermieristiche - INFERMIERI PEDIATRICI																			
Prof. Sanitaria Ostetrica - OSTETRICHE																			
Prof. Tecnico sanitarie - DIETISTE																			
Prof. Tecnico sanitarie - IGIENISTI DENTALI																			
Prof. Tecnico sanitarie - ODONTOTECNICI																			
Prof. Tecnico sanitarie - OTTICI																			
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI AUDIOMETRISTI																			
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI AUDIOPROTESISTA																			
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI DELLA FISIOPAT. CARD. E PERF. CARDIO.																			

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione Azienda Sanitaria USL Umbria 2

2025-2027- Annualità 2025

Direttore Generale f.f Dott. Piero Carsili

Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI DI ANATOMIA PATOLOGICA																		
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI DI NEUROFISIOPATOLOGIA																		
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI ORTOPEDICI																		
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI SANITARI DI LABORATORIO BIOMEDICO																		
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIA MEDICA																		
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - EDUCATORI PROFESSIONALI																		
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - FISIOTERAPISTI																		
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - LOGOPEDISTI																		
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - MASSAGGIATORI NON VEDENTI																		
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - ORTOTTISTI																		
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - PODOLOGI																		
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - TECNICI RIABILITAZIONE PSICHIATRICA																		
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - TERAPISTI NEUROPSICOMOTR ETA' EVOL.																		
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - TERAPISTI OCCUPAZIONALI																		
Prof. Sanitarie della Prevenzione - ASSISTENTI SANITARI																		
Prof. Sanitarie della Prevenzione - TECNICI PREVENZIONE LUOGHI DI LAVORO																		
COMPARTO - Area dei Professionisti della Salute																		
Prof. Sanitarie Infermieristiche - INFERMIERI	1.573	49		25														
Prof. Sanitarie Infermieristiche - INFERMIERI PEDIATRICI	2																	

Prof. Sanitaria Ostetrica - OSTETRICHE	95	1		4															
Prof. Tecnico sanitarie - DIETISTE	8																		
Prof. Tecnico sanitarie - IGIENISTI DENTALI																			
Prof. Tecnico sanitarie - ODONTOTECNICI																			
Prof. Tecnico sanitarie - OTTICI																			
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI AUDIOMETRISTI	3																		
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI AUDIOPROTESISTA																			
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI DELLA FISIOPAT. CARD. E PERF. CARDIO.																			
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI DI ANATOMIA PATOLOGICA	1																		
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI DI NEUROFISIOPATOLOGIA	5			1		1													
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI ORTOPEDICI																			
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI SANITARI DI LABORATORIO BIOMEDICO	74	4	2	2															
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIA MEDICA	94	3	2	2															
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - EDUCATORI PROFESSIONALI	4																		
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - FISIOTERAPISTI	137			2		2													
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - LOGOPEDISTI	31	4	1	1															
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - MASSAGGIATORI NON VEDENTI																			
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - ORTOTTISTI	6					1													
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - PODOLOGI	1			2															
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - TECNICI RIABILITAZIONE PSICHIATRICA																			

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione Azienda Sanitaria USL Umbria 2

2025-2027- Annualità 2025

Direttore Generale f.f Dott. Piero Carsili

Prof. Sanitarie della Riabilitazione - TERAPISTI NEUROPSICOMOTR ETA' EVOL.					1	1										
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - TERAPISTI OCCUPAZIONALI	1															
Prof. Sanitarie della Prevenzione - ASSISTENTI SANITARI	6			2		1										
Prof. Sanitarie della Prevenzione - TECNICI PREVENZIONE LUOGHI DI LAVORO	64	1		5		2										
COMPARTO - Area degli Assistenti (profili residuali ove ancora esistenti)																
INFERMIERI GENERICI																
PUERICOLTRICI																
TECNICI DI RADIOLOGIA MEDICA																
TOTALE RUOLO SANITARIO	2.767	90	5	133	6	8	0									
RUOLO PROFESSIONALE																
DIRIGENZA																
DIRIGENTI PROFESSIONALI <i>(specificare eventuali altri profili professionali)</i>																
DIRIGENTI ARCHITETTO	1															
DIRIGENTI AVVOCATO																
DIRIGENTI INGEGNERI STRUTTURA COMPLESSA																
DIRIGENTI INGEGNERI	1	1		3												
COMPARTO - Area del Personale di Elevata Qualificazione																
COLLABORATORI PROFESSIONALI DI E.Q. <i>(specificare eventuali altri profili professionali)</i>																
SPECIALISTA DELLA COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE																
SPECIALISTA NEI RAPPORTI CON I MEDIA - GIORNALISTA PUBBLICO																

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione Azienda Sanitaria USL Umbria 2

2025-2027- Annualità 2025

Direttore Generale f.f Dott. Piero Carsili



COMPARTO - Area dei Funzionari															
COLLABORATORI PROFESSIONALI (specificare eventuali altri profili professionali)															
SPECIALISTA DELLA COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE															
SPECIALISTA NEI RAPPORTI CON I MEDIA - GIORNALISTA PUBBLICO															
ASSISTENTI RELIGIOSI	3														
TOTALE PROFESSIONALE RUOLO	5	1	0	3	0										
RUOLO TECNICO															
DIRIGENZA															
DIRIGENTI TECNICI (specificare eventuali altri profili professionali)															
DIRIGENTI AGRONOMI															
DIRIGENTI ANALISTI															
DIRIGENTI ASSISTENTI SOCIALI															
DIRIGENTI SOCIOLOGI															
DIRIGENTI STATISTICI															
COMPARTO - Area del Personale di Elevata Qualificazione															
COLLABORATORI TECNICI DI E. Q. (specificare eventuali altri profili professionali)															
CONTABILI															
GEOMETRI															
INFORMATICI															
INGEGNERI															
PROGRAMMATORI															
STATISTICI															
COMPARTO - Area dei Funzionari															

COLLABORATORI TECNICI <i>(specificare eventuali altri profili professionali)</i>	24	1																	
CONTABILI																			
GEOMETRI																			
INFORMATICI				4			1												
INGEGNERI				1			1												
ARCHITETTI							1												
PROGRAMMATORI																			
STATISTICI				2			2												
COMPARTO - Area degli Assistenti																			
ASSISTENTI TECNICI <i>(specificare eventuali altri profili professionali)</i>	37			4			12												
ADDETTI GUIDA /MAN.MEZZI 118																			
ADDETTI MANUTENZIONE GESTIONE APP. ELETTROMED.																			
ASSISTENTI INFORMATICI	1						3												
AUTISTI SOCCORRITORI																			
CONTABILI																			
GEOMETRI							2												
MANUTENTORI																			
PERITI TERMOMECCANICI																			
PROGRAMMATORI							4												
TECNICI DISINFETTORI																			
VIDEOTERMINALISTI																			
COMPARTO - Area degli Operatori																			
OPERATORI TECNICI SPECIALIZZATI <i>(specificare eventuali altri profili professionali)</i>	20						13												
VIDEOTERMINALISTI				9															
AUTISTI DI AMBULANZE																			

COMPARTO - Area del Personale di Supporto															
OPERATORI TECNICI (<i>specificare eventuali altri profili professionali</i>)	69														
ADDETTI ALL'ASSISTENZA OTA															
AUSILIARI SPECIALIZZATI	33														
TOTALE RUOLO TECNICO	184	1	0	20	1	13	25	0							
RUOLO SOCIO-SANITARIO															
COMPARTO - Area del Personale di Elevata Qualificazione															
ASSISTENTI SOCIALI DI E.Q.															
COMPARTO - Area dei Funzionari															
ASSISTENTI SOCIALI	51	6			5	3									
COMPARTO - Area degli Operatori															
OPERATORI SOCIO SANITARI	362	15		10											
TOTALE RUOLO SOCIO-SANITARIO	413	21	0	10	5	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RUOLO AMMINISTRATIVO															
DIRIGENZA															
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI DI STRUTTURA COMPLESSA	5														
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	2	2													
COMPARTO - Area del Personale di Elevata Qualificazione															
COLLABORATORI AMMINISTRATIVO-PROFESSIONALI DI E.Q.															
COMPARTO - Area dei Funzionari															
COLLABORATORI AMMINISTRATIVO-PROFESSIONALI	77	4		15	4		19								

COMPARTO - Area degli Assistenti																
ASSISTENTI AMMINISTRATIVI	86			3		1	4									
COMPARTO - Area degli Operatori																
COADIUTORI AMMINISTRATIVI SENIOR	12															
COMPARTO - Area del Personale di Supporto																
COADIUTORI AMMINISTRATIVI	26	1														
COMMESSI	1															
TOTALE AMMINISTRATIVO RUOLO	209	7	0	18	4	1	23	0								
TOTALE GENERALE	3.578	120	5	184	16	25	48	0								

PIANO FABBISOGNO PERSONALE TRIENNIO 2025 - 2027

Tabella 1.a - dettaglio sulle previste coperture delle Strutture Complesse 2025

DIRIGENTI MEDICI STRUTTURA COMPLESSA			
di cui è prevista la copertura nel corso del 2025 - come risulta da Tabella 1 PTFP 2025-2027			
n°	nella specialità di	Struttura di destinazione (se nota)	probabile trimestre di copertura *
1	MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	Terni	2° trimestre
1	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Ortopedia Orvieto	2° trimestre
2	NUMERO TOTALE COPERTURE PREVISTE NEL PTFP PER L'ANNO 2025		

DIRIGENTI MEDICI VETERINARI STRUTTURA COMPLESSA			
di cui è prevista la copertura nel corso del 2025 - come risulta da Tabella 1 PTFP 2025-2027			
n°	nella specialità di	Struttura di destinazione (se nota)	probabile trimestre di copertura *
1	SANITA' ANIMALE	Terni	2° trimestre
1	NUMERO TOTALE COPERTURE PREVISTE NEL PTFP PER L'ANNO 2025		

DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI STRUTTURA COMPLESSA			
di cui è prevista la copertura nel corso del 2025 - come risulta da Tabella 1 PTFP 2025-2027			
n°	nella specialità di	Struttura di destinazione (se nota)	probabile trimestre di copertura *

0	NUMERO TOTALE COPERTURE PREVISTE NEL PTFP PER L'ANNO 2025		

DIRIGENTI PROFESSIONALI TECNICI AMMINISTRATIVI STRUTTURA COMPLESSA			
di cui è prevista la copertura nel corso del 2025 - come risulta da Tabella 1 PTFP 2025-2027			
n°	nella specialità di	Struttura di destinazione (se nota)	probabile trimestre di copertura *
0	NUMERO TOTALE COPERTURE PREVISTE NEL PTFP PER L'ANNO 2025		

PIANO FABBISOGNO PERSONALE TRIENNIO 2025 - 2027

Tabella 1.b - *dettaglio sui previsti reclutamenti 2025 dei Dirigenti Medici*

DIRIGENTI MEDICI			
di cui è prevista l'assunzione nel corso del 2025 - come risulta da Tabella 1 PTFP 2025-2027			
n°	nella specialità di	Struttura di destinazione (se nota)	probabile trimestre di assunzione *
2	ANATOMIA PATOLOGICA		2° trimestre
7	ANESTESIA E RIANIMAZIONE		3° trimestre
3	CARDIOLOGIA		2° trimestre
2	CURE PALLIATIVE		3° trimestre
3	GASTROENTEROLOGIA		1° trimestre
3	GINECOLOGIA E OSTETRICIA		2° trimestre
6	IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA		3° trimestre
1	MALATTIE INFETTIVE		1° trimestre
1	MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA – MEDICA E DELLE SPECIALITA' MEDICHE		3° trimestre
2	MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO - AREA DI SANITA' PUBBLICA		3° trimestre
9	MEDICINA DI EMERGENZA E D'URGENZA		3° trimestre
2	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE		3° trimestre
5	MEDICINA INTERNA		1°/2° trimestre
1	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA		2° trimestre
2	NEFROLOGIA		1°/2° trimestre
1	NEUROLOGIA		2° trimestre
3	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE		2° trimestre
2	OFTALMOLOGIA		1° trimestre
1	ONCOLOGIA		2° trimestre
3	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		2° trimestre
7	PSICHIATRIA		1° trimestre
11	RADIOLOGIA		1°/2° trimestre
77	NUMERO TOTALE ASSUNZIONI ORDINARIE PREVISTE NEL PTFP PER L'ANNO 2025		

PIANO FABBISOGNO PERSONALE TRIENNIO 2025 - 2027

Tabella 1.c - *rilevazione personale reclutato per l'attuazione DL 34/2020*

PROFILO PROFESSIONALE/QUALIFICA *	Posti coperti al 31.12.2024		ANNO 2025	
	Tempo Ind.	Tempo Det.	Assunzioni	Stabilizz.
Reclutamenti ai sensi dell'art. 1, comma 4, DL 34/2020 - ADI				
Prof. Sanitarie Infermieristiche - INFERMIERI	34	19		
OSS	2			
Reclutamenti ai sensi dell'art. 1, comma 5, DL 34/2020 - Infermieri				
Prof. Sanitarie Infermieristiche - INFERMIERI	20	8	15	
OSS	1	2	2	
Reclutamenti ai sensi dell'art. 1, comma 8, DL 34/2020 - Centrali Operative				
Reclutamenti ai sensi dell'art. 2, comma 7, DL 34/2020 - Potenz. Terapie Intensive				
Prof. Sanitarie Infermieristiche - INFERMIERI	8	1		
OSS		3		
TOTALE RECLUTAMENTI DL 34/2020	65	33	17	0

* per i Dirigenti Medici specificare la specialità

PIANO FABBISOGNO PERSONALE TRIENNIO 2025 - 2027

Tabella 1.d - *rilevazione personale reclutato per l'attuazione DM 77/2022*

PROFILO PROFESSIONALE/QUALIFICA *	Posti coperti al 31.12.2024		ANNO 2025	
	Tempo Ind.	Tempo Det.	Assunzioni	Stabilizz.
Reclutamenti per l'attuazione del DM 77/2022 risorse art. 1, c. 274, L. 234/2021 - <i>Unità Continuità Ass.</i>				
MEDICI				
Reclutamenti per l'attuazione del DM 77/2022 risorse art. 1, c. 274, L. 234/2021 - <i>Centrali Operative Terr.</i>				
Prof. Sanitarie Infermieristiche - INFERMIERI	17			
Reclutamenti per l'attuazione del DM 77/2022 risorse art. 1, c. 274, L. 234/2021 - <i>Case di Comunità</i>				
Prof. Sanitarie Infermieristiche - INFERMIERI	21			
Reclutamenti per l'attuazione del DM 77/2022 risorse art. 1, c. 274, L. 234/2021 - <i>Ospedali di Comunità</i>				
Prof. Sanitarie Infermieristiche - INFERMIERI	15			
TOTALE RECLUTAMENTI DM 77/2022	53	0	0	0

* per i Dirigenti Medici specificare la specialità

PIANO FABBISOGNO PERSONALE TRIENNIO 2025 - 2027

Tabella 1.e - *rilevazione personale reclutato per l'attuazione DL 73/2021*

PROFILO PROFESSIONALE/QUALIFICA *	Posti coperti al 31.12.2024		ANNO 2025	
	Tempo Ind.	Tempo Det.	Assunzioni	Stabilizz.
DIRIGENTI MEDICI - (<i>inserire specialità</i>)				
DIRIGENTI MEDICI - (<i>inserire specialità</i>)				
Prof. Sanitarie della Prev. - ASSISTENTI SANITARI			2	
Prof. Sanitarie della Prev. - TEC. PREV. LUOGHI LAVORO			2	
TOTALE RECLUTAMENTI DL 73/2021	0	0	4	0

* per i Dirigenti Medici specificare la specialità

Denominazione regione	UMBRIA							
Denominazione azienda/ente	AZIENDA USL UMBRIA 2							
Periodo di rilevazione	2025							
(valori in migliaia di euro)	Totale presenti al 31.12.2025 (1)	Spese per competenze fisse e accessorie (2)	IRAP (3)	Spese per contributi a carico dell'azienda (4)	Altre voci di spesa (5)	Totale (6)=(2)+(3)+(4)+(5)	di cui derivante dai rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004 (7)	Totale al netto dei rinnovi (8) = (6) - (7)
Personale dipendente a tempo indeterminato	3.765	158.334.331	12.069.492	45.238.465	2.437.706	218.079.994	42.148.440	175.931.554
Personale a tempo determinato	107	3.309.286	281.289	1.082.401	9.216	4.682.192	2.699.940	1.982.252
Restante personale	41	357.783	30.412	1.082.401	1.573.810	3.044.406		3.044.406
Totale	3.913	162.001.400	12.381.193	47.403.267	4.020.732	225.806.592	44.848.380	180.958.212
(valori in migliaia di euro)						Totale rimborsi (6.a)	di cui derivante dai rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004 (7.a)	Totale rimborsi al netto dei rinnovi (8.a)=(6.a)-(7.a)
Indennità De Maria						181.337		181.337
						225.987.929	44.848.380	181.139.549
						(6) + (6.a)	(7) + (7.a)	(8) + (8.a)

personale escludibile dalla predetta base di calcolo -
Circolare RGS n. 9 del 17.02.2006 e assunzioni di cui al
DL 34/2020 e al DL 72/2021 -
anno 2025;

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione Azienda Sanitaria USL Umbria 2

2025-2027- Annualità 2025

Direttore Generale f.f Dott. Piero Carsili

<i>(valori in migliaia di euro)</i>	
Personale classificato ex legge n. 68/1999 (disabili e categorie protette)	6.041.640
Personale della sanità penitenziaria (incluse le REMS)	2.058.813
Personale finanziato con contributi provenienti da privato <i>(se già non portato in detrazione diretta dei costi)</i>	
Personale finanziato con contributi provenienti dall'Unione Europea <i>(se già non portato in detrazione diretta dei costi)</i>	
Personale finanziato con fondi destinati alla ricerca <i>(se già non portato in detrazione diretta dei costi)</i>	
Spese per la formazione e le missioni	2.258.066
Totale delle spese di personale escluso Circolare RGS n° 9 del 17/02/2006 (A)	10.358.519

Reclutamento a tempo indeterminato di personale, ai sensi dell'art. 1, c. 4, del DL 34/2020 <i>(ADI)</i>	2.000.285	max importo detraibile 2.000.285 Euro (pari all'assegnato per l'anno 2024 - DGR 1248/2024)
Reclutamento a tempo indeterminato di personale, ai sensi dell'art. 1, c. 5, del DL 34/2020 <i>(Infermieri)</i>	1.709.567	max importo detraibile 3.088.086 Euro (pari all'assegnato per l'anno 2024 - DGR 1248/2024)
Reclutamento a tempo indeterminato di personale, ai sensi dell'art. 1, c. 8, del DL 34/2020 <i>(Centrali Operative)</i>		max importo detraibile 481.124 Euro (pari all'assegnato per l'anno 2024 - DGR 1248/2024)
Reclutamento a tempo indeterminato di personale, ai sensi dell'art. 2, c. 7, del DL 34/2020 <i>(Potenz. Therapie Intensive)</i>	528.501	max importo detraibile 1.146.886 Euro (pari all'assegnato per l'anno 2024 - DGR 1248/2024)
Reclutamento a tempo indeterminato di personale, ai sensi dell'art. 50 del DL 73/2021 <i>(Sicurezza amb. e luoghi lavoro)</i>	63.922	max importo detraibile 63.922 Euro (pari all'assegnato per l'anno 2022 - DGR 412/2023)

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione Azienda Sanitaria USL Umbria 2

2025-2027- Annualità 2025

Direttore Generale f.f Dott. Piero Carsili

Totale ulteriori detrazioni (B)	4.302.276
---------------------------------	-----------

TOTALE COMPLESSIVO PERSONALE ESCLUDIBILE (C) = (A) + (B)	14.660.795
---	-------------------

TOT. COSTO DEL PERSONALE al NETTO RINNOVI CCNL	181.139.549
---	-------------

COSTO DEL PERSONALE (al netto CCNL) e al NETTO DETRAZIONI ASSENTITE (C)	166.478.754
---	-------------

TETTO AZIENDALE di cui alla DGR 581/2021	166.699.167
---	-------------

MARGINE DAL TETTO	220.413
-------------------	---------

PIANO FABBISOGNO PERSONALE TRIENNIO 2025 - 2027

Tabella 3 - Tetti Tempo Determinato

	TETTO di SPESA AZIENDALE per il personale a Tempo Determinato o con convenzioni o con contratti di Co.Co.Co. ai sensi dell'art. 44 ter del DL 19/2024	
	LIMITE di SPESA per il personale della <i>dirigenza medica</i> e al personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario	LIMITE di SPESA per il personale della <i>dirigenza veterinaria, sanitaria non medica, professionale, tecnica e amministrativa</i> e al personale non dirigenziale appartenente ai profili professionale, tecnico e amministrativo
VALORI AZIENDALI di LIMITI di SPESA ANNO 2025 AZIENDA USL UMBRIA 2		



Il Piano triennale delle azioni positive è disciplinato dalla direttiva n. 2/2019 “Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati unici di garanzia nelle Amministrazioni pubbliche” emanata nel giugno 2019 dal Ministero della Funzione Pubblica. La Direttiva citata definisce uno stretto collegamento tra Piano Triennale delle Azioni Positive e il ciclo della performance stabilendo che detto Piano venga aggiornato entro il 31 gennaio di ogni anno, anche come allegato al Piano della performance. Le finalità perseguite dalla direttiva possono essere sintetizzate nei seguenti punti:

- ✓ superare la frammentarietà degli interventi con una visione organica;
- ✓ sottolineare fortemente il legame tra pari opportunità, benessere organizzativo e performance delle amministrazioni;
- ✓ semplificare l’implementazione delle politiche di genere con meno adempimenti e più azioni concrete;
- ✓ rafforzare il ruolo dei CUG con la previsione di nuclei di ascolto organizzativo;
- ✓ spingere la pubblica amministrazione ad essere un datore di lavoro esemplare, punto di partenza per un cambiamento culturale nel Paese.

La direttiva, per raggiungere gli obiettivi che si propone, prevede 5 Linee di Azione a cui si devono attenere le amministrazioni pubbliche:

1. Piani Triennali di Azioni

2. Rafforzamento dei C.U.G. e contrasto alle discriminazioni

3. Organizzazione del lavoro

4. Formazione e diffusione del modello culturale improntato alla promozione delle pari opportunità e alla conciliazione dei tempi divita e lavoro

5. Politiche di reclutamento e gestione del personale

Il Piano declina le aree di intervento all’interno delle quali sono identificate le azioni, gli obiettivi, gli attori coinvolti e la tempistica prevista per il loro raggiungimento e per ogni area si indicano gli

eventuali necessari finanziamenti. Le azioni positive, come definito dalla Decreto Legislativo n. 198 del 2006 - Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, sono misure volte alla rimozione degli ostacoli che impediscono la realizzazione di pari opportunità. Sono dirette a favorire l'occupazione femminile ed a realizzare l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro. Le azioni positive hanno, in particolare, lo scopo di:

- eliminare le disparità nella formazione scolastica e professionale, nell'accesso al lavoro, nella progressione di carriera, nella vita lavorativa e nei periodi di mobilità;
- favorire la diversificazione delle scelte professionali delle donne in particolare attraverso l'orientamento scolastico e professionale e gli strumenti della formazione;
- superare condizioni, organizzazione e distribuzione del lavoro che provocano effetti diversi, a seconda del sesso, nei confronti dei dipendenti con pregiudizio nella formazione, nell'avanzamento professionale e di carriera ovvero nel trattamento economico e retributivo;
- promuovere l'inserimento delle donne nelle attività, nei settori professionali e nei livelli nei quali esse sono sottorappresentate e in particolare nei settori tecnologicamente avanzati ed ai livelli di responsabilità;
- favorire, anche mediante una diversa organizzazione del lavoro, delle condizioni e del tempo di lavoro, l'equilibrio tra responsabilità familiari e professionali e una migliore ripartizione di tali responsabilità tra i due sessi.

L'Azienda attraverso il Piano delle Azioni amplia l'ambito delle finalità e degli interventi contenuti nel presente documento alla promozione del benessere lavorativo di tutti coloro che operano al proprio interno.

AMBITI DI INTERVENTO E AZIONI

Il Piano Triennale delle azioni Positive 2025-2027 è stato redatto tenendo conto di quanto emerso:

- ✓ dall'analisi dei dati sulla popolazione aziendale,
- ✓ dalle proposte provenienti dai diversi attori (Componenti CUG, Medico Competente, Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, ecc...),

ed è articolato in quattro principali aree di intervento:

- ✓ Conoscere le caratteristiche ed i bisogni del personale dell'Azienda;
- ✓ Promuovere salute, sicurezza e benessere lavorativo;
- ✓ Favorire politiche di conciliazione tra vita lavorativa e responsabilità familiari;
- ✓ Prevenire e contrastare discriminazioni e molestie sul lavoro.

Per ogni area identificata sono previsti obiettivi, azioni specifiche, responsabili e/o coinvolti e tempi di attuazione.



USL Umbria2

Per ogni obiettivo sarà realizzato dai responsabili, nella annualità di riferimento, uno specifico crono-programma che dettaglierà fasi, tempi, risorse destinate e responsabilità delle diverse componenti aziendali ed extra aziendali coinvolte.

La Direzione Generale si impegna a garantire le risorse umane e finanziarie necessarie alla realizzazione delle azioni del presente piano.

Area A - Conoscere le caratteristiche ed i bisogni del personale dell'Azienda

Obiettivi	Azioni	Coinvolti	Anno2024	Anno 2025	Anno 2026
Conoscere le caratteristiche e di bisogni del personale – Bilancio di genere	Rilevazione relativa agli anni del fenomeno della discriminazione attraverso l'analisi dei seguenti dati: numero assoluto dei dipendenti divisi per genere e per fascia di età numero dipendenti diviso per genere a seconda della funzione svolta: dirigenza medica (Direzione, Dipartimenti, SC, SS, altri dirigenti) professioni sanitarie (dirigenti e comparto) PTA (dirigenti e comparto) 3. approfondimento sui nuovi assunti nel mantenere le stesse suddivisioni di cui ai punti 1) e 2)	Personale e Staff della Direzione sanitaria	X	X	X
Promuovere momenti formativi, confronti, studi e analisi sui temi della parità, delle pari opportunità e della prevenzione e del contrasto delle discriminazioni	Promuovere una sensibilizzazione diffusa di lavoratori e lavoratrici attraverso l'organizzazione di incontri tematici e/o la partecipazione a convegni/seminari sul tema della parità, delle pari opportunità, della prevenzione e del contrasto contro le discriminazioni. Elaborazione di un opuscolo informativo e/o contenuti da inserire sul sito internet/social aziendale	Componenti del Comitato Unico di Garanzia, Dirigenti, Responsabile comunicazione aziendale, Responsabile Formazione, esperti in materia CERSAG		X	X

Obiettivi	Azioni	Coinvolti	Anno2024	Anno 2025	Anno 2026
Conciliazione tempi di vita e di lavoro valorizzazione lavoro agile	-Attività di sensibilizzazione di dirigenti e responsabili sull'autorizzazione al tempo parziale, al telelavoro e al lavoro agile. Effettuazione di momenti/incontri per sensibilizzazione su queste tematiche; Valorizzazione delle professionalità dei dipendenti a tempo parziale; Realizzazione di iniziative formative rivolte sia ai responsabili delle strutture che ai collaboratori sulla gestione delle relazioni a distanza dovute dalla maggiore fruizione del lavoro da remoto	CUG, Formazione, Servizio Informatico, Comunicazione, Ufficio Relazioni Sindacali, Servizio amministrazione del Personale	X	X	X
Favorire politiche concilianti il benessere personale e la responsabilità lavorativa	Potenziamento e/o convenzioni per un percorso di accesso semplificato a prestazioni diagnosticoterapeutiche/ o di screening	CUG, Servizi di diagnosi e cura USL Umbria 2	X	X	X
Prevenzione e contrasto dello Stress lavoro correlato, relazioni uomo/donna sul posto di lavoro	Somministrazione del questionario INAIL modificato da sottoporre ai dipendenti valutando la capacità di far emergere i problemi e i disagi stress correlati che sono eventualmente presenti. Valutare anche attraverso un'analisi audio anonima quale sia la modalità di comunicazione, i toni, la semantica utilizzata tra i diversi operatori dei servizi; sia in termini orizzontali che verticali, al fine di verificare se sussistono differenze di relazioni uomo-donna, uomo-uomo, dirigente-sottoposto	Professionisti esperti nella comunicazione, psicologi del lavoro	X	X	X

Area C - Favorire politiche di conciliazione tra vita lavorativa e responsabilità familiari

Obiettivi	Azioni	Coinvolti	Anno2024	Anno 2025	Anno 2026
Favorire politiche concilianti il benessere genitoriale e maternità e paternità	Implementazione di servizi di facilitazione: stipula di convenzioni per d'infanzia o istituzione del nido aziendale Accesso al lavoro part-time	Ufficio convenzioni, CUG, Servizio Tecnico, Staff della Direzione sanitaria		X	X

<p>Promuovere la salute delle donne in allattamento e ottimizzando la produttività della lavoratrice riducendo lo stress correlato a questo particolare periodo fisiologico quale è l'allattamento</p>	<p>Inserire un codice allattamento da inserire tra i codici utilizzabili al marcatempo di cui la dipendente può usufruire, recandosi nella stanza preposta, allattare il proprio lattante, incontrare altre dipendenti nella stessa situazione, stabilire un contatto con il proprio bambino e successivamente rientrare su proprio posto di lavoro.</p>	<p>CUG, Servizio Tecnico, Direzione infermieristica, DMO, Direzioni Distretto</p>		<p>X</p>	<p>X</p>
--	--	---	--	----------	----------

Area D - Prevenire e contrastare discriminazioni e molestie sul lavoro

Obiettivi	Azioni	Coinvolti	Anno 2024	Anno 2025	Anno 2026
<p>Sviluppo di una cultura lavorativa fondata sul rispetto e sulla valorizzazione delle differenze</p>	<p>Strutturare eventi formativi su tematiche delle pari opportunità, sulle differenze di genere, sul ciclo della violenza, sulla prevenzione della discriminazione</p>	<p>Formazione, CUG, Gruppo Violenza</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>
<p>Mobbing, servizi di ascolto e consulenza</p>	<p>Assistere e supportare i cittadini che subiscono le conseguenze, a volte gravi, di atti discriminatorie persecutori o violenze psicologiche nel proprio ambiente di lavoro ed indirizzare i lavoratori al Collegio Mobbing della Azienda UsL Umbria 2, composto da professionisti dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro e del Dipartimento di Salute Mentale</p>	<p>SPSAL, SPPA, Dipartimento Salute Mentale</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>
<p>Costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare ed interprofessionale per il contrasto alla violenza sugli operatori sanitari</p>	<p>Pianificazione/effettuazione di attività formativa in tema di prevenzione e gestione dei conflitti, per l'apprendimento di tecniche di de-escalation, coinvolgendo soprattutto gli operatori dei tre Pronto Soccorso, dei quattro PPI e degli sportelli e dei front-office aziendali. Attivazione di un sistema di segnalazione spontanea da parte degli operatori sanitari vittime di episodi di violenza attraverso uno strumento di reporting interno indirizzato all'Area Gestione del Rischio e al SPPA (scheda di segnalazione interna)</p>	<p>SPPA, Risk Manager</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>



USL Umbria2

MONITORAGGIO E VERIFICA

Il monitoraggio dello stato di avanzamento nella realizzazione del Piano delle Azioni è semestrale e curato dal Comitato Unico di Garanzia che segnala, tempestivamente, alle Direzioni preposte eventuali ritardi o scostamenti.

La verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti per l'annualità di riferimento è operata dal Comitato Unico di Garanzia e contenuta nella Relazione Annuale, redatta e presentata dai CUG, entro il 30 marzo, alle Direzioni Aziendali ed all'Organismo Aziendale di Supporto.

Come previsto dalla Direttiva 2/2019 emanata dal Ministro per la Pubblica Amministrazione e dal Sottosegretario delegato alle pari opportunità, l'attuazione del Piano delle Azioni Positive rileva ai fini della valutazione della performance organizzativa complessiva dell'amministrazione e della valutazione della performance individuale dei dirigenti responsabili.