



Servizio Sanitario Nazionale - Regione dell'Umbria
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE UMBRIA N. 2
Sede Legale: Viale Donato Bramante 37 – Terni
Codice Fiscale e Partita IVA 01499590550

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE F.F. n. 0000205 del 31/01/2025

Proponente:

CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITÀ ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

Oggetto:

APPROVAZIONE PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2025 – 2027 – ANNUALITÀ 2025 E PROROGA DEL BUDGET OPERATIVO AZIENDALE 2024, APPROVATO CON D.D.G. N.1122 DEL 13.06.2024 E INTEGRATO CON D.D.G. 1655 DEL 23.08.2024, NELLE MORE E DI APPROVAZIONE DA PARTE DELLA REGIONE UMBRIA DEGLI OBIETTIVI DEI DIRETTORI GENERALI PER L'ANNUALITÀ 2025, DELL'AVVIO DEL PROCESSO DI NEGOZIAZIONE DI BUDGET E DELLA SUCCESSIVA APPROVAZIONE DEL BUDGET OPERATIVO PER L'ANNO 2025

IL DIRETTORE GENERALE F.F.

Vista la proposta di delibera in oggetto di cui al num. Provv 0000215 del 31/01/2025:

Hash.pdf (SHA256):7efa733a56bfc5549ead3bb8343f3d6d6d815113ba5d34a5da7529748f35edef

Firme digitali apposte sulla proposta:

Alessandra D'Anzieri, Piero Carsili, Nando Scarpelli

ACQUISITI i pareri del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo come di seguito indicati:

Direttore Sanitario F.F. : Dr. Nando Scarpelli - parere: Favorevole

Direttore Amministrativo : Dott. Piero Carsili - parere Favorevole

DELIBERA

Di recepire la menzionata proposta di delibera che allegata al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale e di disporre quindi così come in essa indicato.

IL DIRETTORE GENERALE F.F.
(Dott. PIERO CARSILI)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

ALLEGATO ALLA DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

Normativa di riferimento:

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

Motivazione:

Premesso che l'art. 6 del Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80, stabilisce che le Pubbliche Amministrazioni, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, con più di cinquanta dipendenti, entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO). Il Piano, di durata triennale, con aggiornamento annuale, definisce:

- il piano della performance
- il piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza
- il piano dei fabbisogni di personale
- il piano per il lavoro agile (conosciuto come POLA)
- il piano delle azioni positive
- la programmazione dei fabbisogni formativi.

Tenuto Conto che all'atto della redazione del presente provvedimento risultano pervenuti al Controllo di Gestione i documenti costituenti il PIAO ed in particolare:

- il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ed il Responsabile della Trasparenza hanno trasmesso il PRCT, confluito nella sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" del PIAO (Allegato 1), con i documenti "Misure di prevenzione della corruzione" (Allegato 2), "Mappatura dei processi" (Allegato 3), "Codice di Comportamento" (Allegato 4), "Trasparenza - Elenco degli obblighi di pubblicazione" (Allegato 5), "Analisi del contesto nell'ottica della Prevenzione della Corruzione" (Allegato 6), "Modulistica" (Allegato 7).

- Con DDG n. 204 del 31/01/2025 è stato approvato il Piano Triennale dei fabbisogni del Personale 2025-2027.
- Il Responsabile del Controllo di Gestione ha redatto la sottosezione Performance 2025/2027- Annualità 2025.
- Il Direttore Sanitario ha inviato il Piano delle Azioni Positive.

Ritenuto opportuno adottare, ai sensi dell'art. 7 del Decreto 30 giugno 2022, n. 132, il "Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027 – Annualità 2025, (Allegato 1), e i documenti "Misure di prevenzione della corruzione" (Allegato 2), "Mappatura dei processi" (Allegato 3), "Codice di Comportamento" (Allegato 4), "Trasparenza - Elenco degli obblighi di pubblicazione" (Allegato 5), "Analisi del contesto nell'ottica della Prevenzione della Corruzione" (Allegato 6) e "Modulistica" (Allegato 7), allegati al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale.

Dato Atto che questa Azienda si riserva di aggiornare i contenuti del predetto piano successivamente all'approvazione di eventuali documenti programmatici previsti dal Ministero, dalla Regione e/o dall'Azienda e degli obiettivi assegnati dalla Regione Umbria ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie regionali relativi all'annualità 2024 (di cui alla DGR n. 759 del 01.08.2024), nonché di ogni atto deliberativo che possa incidere sui contenuti programmatici in esso inseriti.

Richiamata D.D.G. n. 1655 del 23.08.2024 avente ad oggetto "Performance Organizzativa Anno 2024: aggiornamento, modifica, integrazione e rimodulazione in base alla D.G.R. 759/2024 del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione, di cui alla D.D.G. n. 171 del 31.01.2024, e degli obiettivi di budget per l'anno 2024, approvati con delibera del direttore generale n. 1122 del 13/06/2024".

Considerato che nelle more e di approvazione da parte della Regione Umbria degli obiettivi dei Direttori Generali per l'annualità 2025, dell'avvio del processo di negoziazione di budget e della successiva approvazione del Budget operativo per l'anno 2025 si ritiene di dover prorogare la validità del budget Operativo aziendale 2024 e delle relative schede di budget approvate con D.D.G. n.1122 del 13.06.2024 e successivamente modificato ed integrato con D.D.G. 1655 del 23.08.2024.

Dato atto che, ai sensi dell'art. 7 del DM 30 giugno 2022, n. 132 il piano ha durata triennale e viene aggiornato annualmente;

Dato atto, altresì, che, ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. c) del D.P.R. n. 81 del 24.06.2022, l'approvazione della sottosezione performance dell'allegato PIAO 2025-2027 – Annualità 2025 (Allegato 1) assolve all'obbligo ex articolo 10, commi 1, lettera a), e 1 -ter, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (Piano della performance 2025/2027);

Esito dell'istruttoria:

Tutto ciò premesso si propone il seguente dispositivo di deliberazione:

1. di approvare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025 – 2027 – Annualità 2025 (Allegato 1) ed i documenti "Misure di prevenzione della corruzione" (Allegato 2), "Mappatura dei processi" (Allegato 3), "Codice di Comportamento" (Allegato 4), "Trasparenza - Elenco degli obblighi di pubblicazione" (Allegato 5), "Analisi del contesto nell'ottica della Prevenzione della Corruzione" (Allegato 6) e "Modulistica" (Allegato 7), allegati al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale;
2. di dare atto che, ai sensi dell'art. 7 del DM 30 giugno 2022, n. 132 il piano ha durata triennale e viene aggiornato annualmente;
3. dare atto, altresì, che, ai sensi dell'art. 1, comma 1, lett. c) del D.P.R. n. 81 del 24.06.2022, l'approvazione della sottosezione performance dell'allegato PIAO 2025-2027 – Annualità

- 2025 (Allegato 1) assolve all'obbligo ex articolo 10, commi 1, lettera a), e 1 -ter, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (Piano della performance 2025/2027);
4. di riservarsi di apportare eventuali modifiche a seguito dell'approvazione di eventuali documenti programmatici previsti dal Ministero, dalla Regione e/o dall'Azienda e degli obiettivi assegnati dalla Regione Umbria ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie regionali relativi all'annualità 2025 che possano influire sui suoi contenuti programmatici del presente documento;
 5. di prorogare, nelle more di approvazione del nuovo budget operativo aziendale 2025, la validità del budget operativo aziendale 2024 approvato con D.D.G. n.1122 del 13.06.2024 e successivamente modificato ed integrato con D.D.G. 1655 del 23.08.2024;
 6. di trasmettere, in ottemperanza a quanto previsto dal succitato art. 7 del decreto 132/2022, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025–2027 – Annualità 2025 (PIAO) al Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la pubblicazione sul relativo portale e al responsabile della Comunicazione per la pubblicazione sul sito istituzionale aziendale.
 7. di dare atto che la presente deliberazione non è sottoposta a controllo regionale, ai sensi dell'art. 47 della L.R. 18/2012;
 8. di trasmettere il presente atto all'OIV aziendale e alla Collegio di Direzione.

L'istruttore :Roberto Politi

Il Responsabile del Procedimento
(dott.ssa Alessandra D'Anzieri)

Il Dirigente del Servizio
(dott.ssa Alessandra D'Anzieri)

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.

SCHEMA 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/>

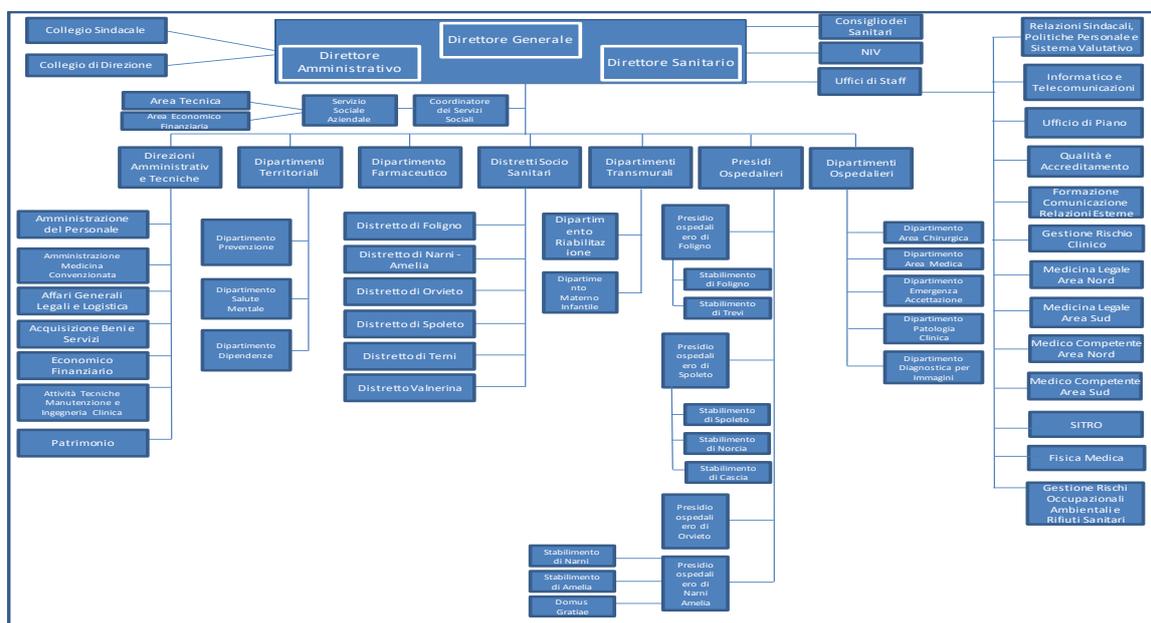
Gli organi aziendali sono:

- 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.

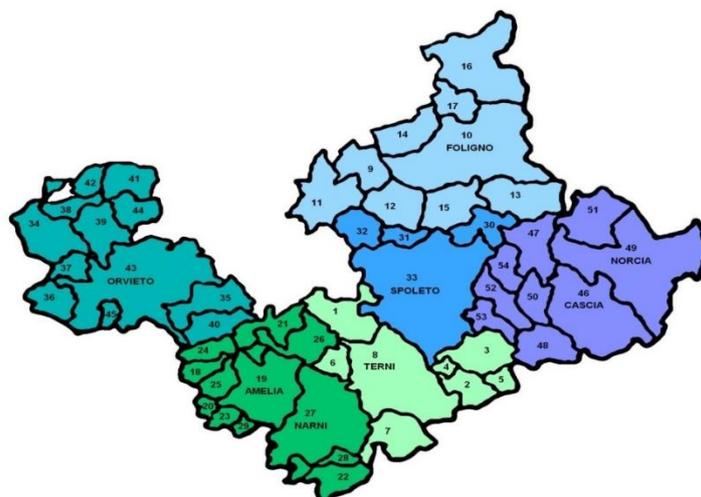
L'Azienda gestisce direttamente n. 843 posti letto. L'USL Umbria n. 2 opera mediante 255 presidi non ospedalieri a gestione diretta e 142 strutture convenzionate, che erogano le diverse tipologie di assistenza.

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%.

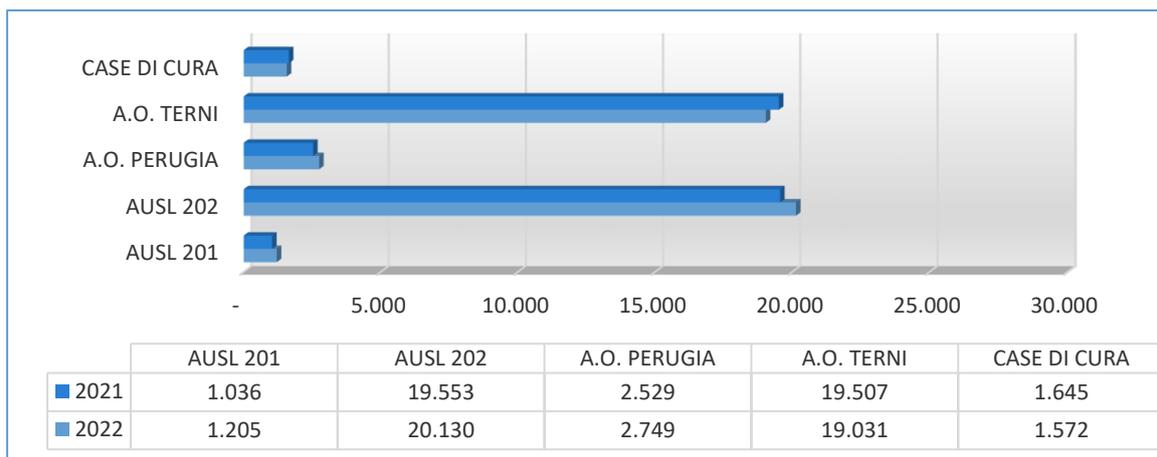
ANNO	INDICE DI INVECCHIAMENTO (popolazione ≥ 65 anni / totale popolazione)	DI INDICE DI VECCHIAIA (popolazione ≥ 65 anni / popolazione 0-14 anni)	DI INDICE DI CARICO SOCIALE (pop. 0-14 anni + pop. ≥ 65 anni) / pop. 15-64 anni)	INDICE DI DIPENDENZA GIOVANILE (pop. 0-14 anni / pop. 15-64 anni)	DI INDICE 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)



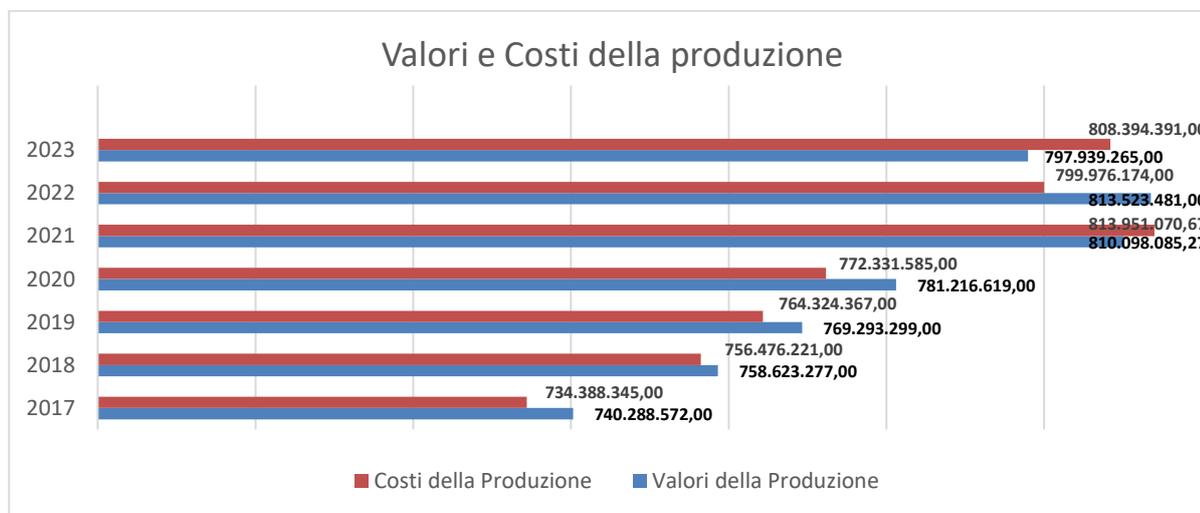
Dato 2023 in corso di elaborazione

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			
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.

PROMUOVIMENTO 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 TEMA 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	PROMUOVIMENTO CULTURA E PRASSI NELLA GESTIONE DEL RISCHIO	PROMUOVERE CULTURA E PRASSI IN TEMA 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 PRESID OSPEDALIERI	OBIETTIVI DI ATTIVITA' AMBULATORIALI	PROMUOVIMENTO 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

	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 Arbovirosi 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-acute	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%
Promuovere le azioni inerenti la procedura per la gestione del recupero crediti per le autocertificazioni da reddito sulla base delle posizioni rilevate dal Sistema TS	[M0274_1] N. esiti negativi inviati	=100%	=100%	=100%
Promuovere le azioni inerenti 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) Relazione e report dettagliato annuale sul corretto e pieno utilizzo da parte delle strutture entro febbraio 2025	=100%	=100%	=100%
Qualificazione della gestione dei registri di carico/scarico rifiuti e dei Formulari di Identificazione Rifiuto relativi ai 26 Insediamenti Produttivi di riferimento/Insediamenti 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	<p>Contenimento della spesa farmaceutica e dei DM</p>	rispetto del Tetto della Farmaceutica Convenzionata	49.377.798	49.377.798	49.377.798
	<p>Miglioramento appropriatezza prescrittiva ausili assistenziali pazienti a domicilio</p>	<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>
	<p>Promozione dell'appropriatezza della richiesta di emocomponenti ed emoderivati</p>	<p>Numero grammi albumina richiesti/numero grammi albumina richiesti anno 2023</p> <p>Numero unità di emocomponenti richiesti/emocomponenti trasfusi</p>	<p>riduzione del 5% delle richieste di albumina rispetto al 2023</p> <p>> = 80%</p>	<p>riduzione del 5% delle richieste di albumina rispetto al 2023</p> <p>> = 80%</p>	<p>riduzione del 5% delle richieste di albumina rispetto al 2023</p> <p>> = 80%</p>
	<p>Razionalizzazione del consumo di beni sanitari</p>	<p>[M0373] Rispetto del budget di spesa per l'assistenza integrativa</p> <p>[M0374] Rispetto del budget di spesa per le prescrizioni degli ausili protesici</p>	<p>= < spesa assistenza integrativa anno 2023</p> <p>= < spesa per le prescrizioni di ausili anno 2023</p>	<p>= < spesa assistenza integrativa anno 2023</p> <p>= < spesa per le prescrizioni di ausili anno 2023</p>	<p>= < spesa assistenza integrativa anno 2023</p> <p>= < spesa per le prescrizioni di ausili anno 2023</p>
	<p>Riduzione delle richieste di esami di laboratori e diagnostica per immagine (TAC-RM)</p>	<p>numero esami richiesti (laboratorio)/numero di esami richiesti anno 2019 (laboratorio)</p> <p>numero esami richiesti (TC e RM)/numero di esami richiesti anno 2019 (TAC, RM)</p>	<p>riduzione del 5% delle richieste di esami (laboratorio) anno 2019 a parità di casi e di tipologia e di numero di pazienti trattati</p> <p>riduzione del 5% delle richieste di esami (TAC- RM) anno 2019 a parità di casi e di tipologia e di numero di pazienti trattati</p>	<p>riduzione del 5% delle richieste di esami (laboratorio) anno 2019 a parità di casi e di tipologia e di numero di pazienti trattati</p> <p>riduzione del 5% delle richieste di esami (TAC- RM) anno 2019 a parità di casi e di tipologia e di numero di pazienti trattati</p>	<p>riduzione del 5% delle richieste di esami (laboratorio) anno 2019 a parità di casi e di tipologia e di numero di pazienti trattati</p> <p>riduzione del 5% delle richieste di esami (TAC- RM) anno 2019 a parità di casi e di tipologia e di numero di pazienti trattati</p>
	<p>Riunioni con AFT come previsto dalla Delibera Regionale e incontri con i MMG con maggiore spesa (redazione verbali degli incontri) .</p>	n. contestazioni /anno verbalizzate	<p>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</p>	<p>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</p>	<p>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</p>

			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

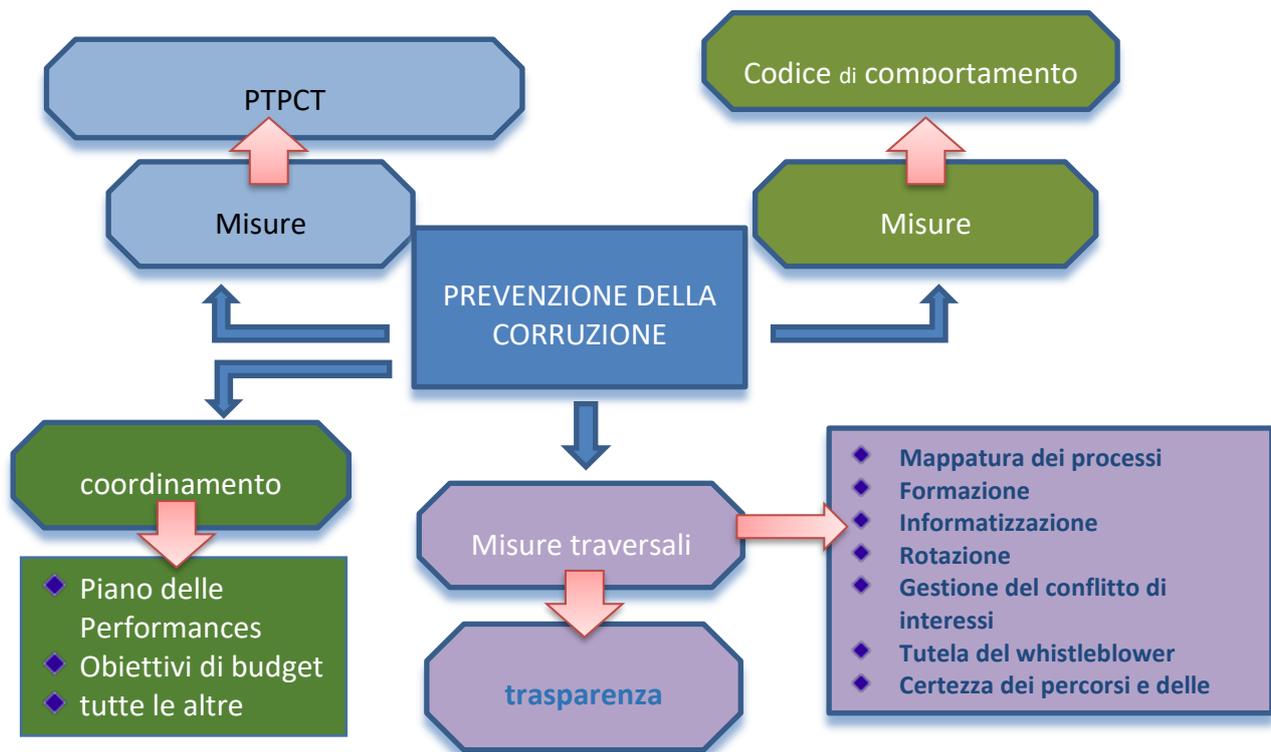


Figura 2 Scheda prevenzione della corruzione

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".



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 Umbria 2

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.

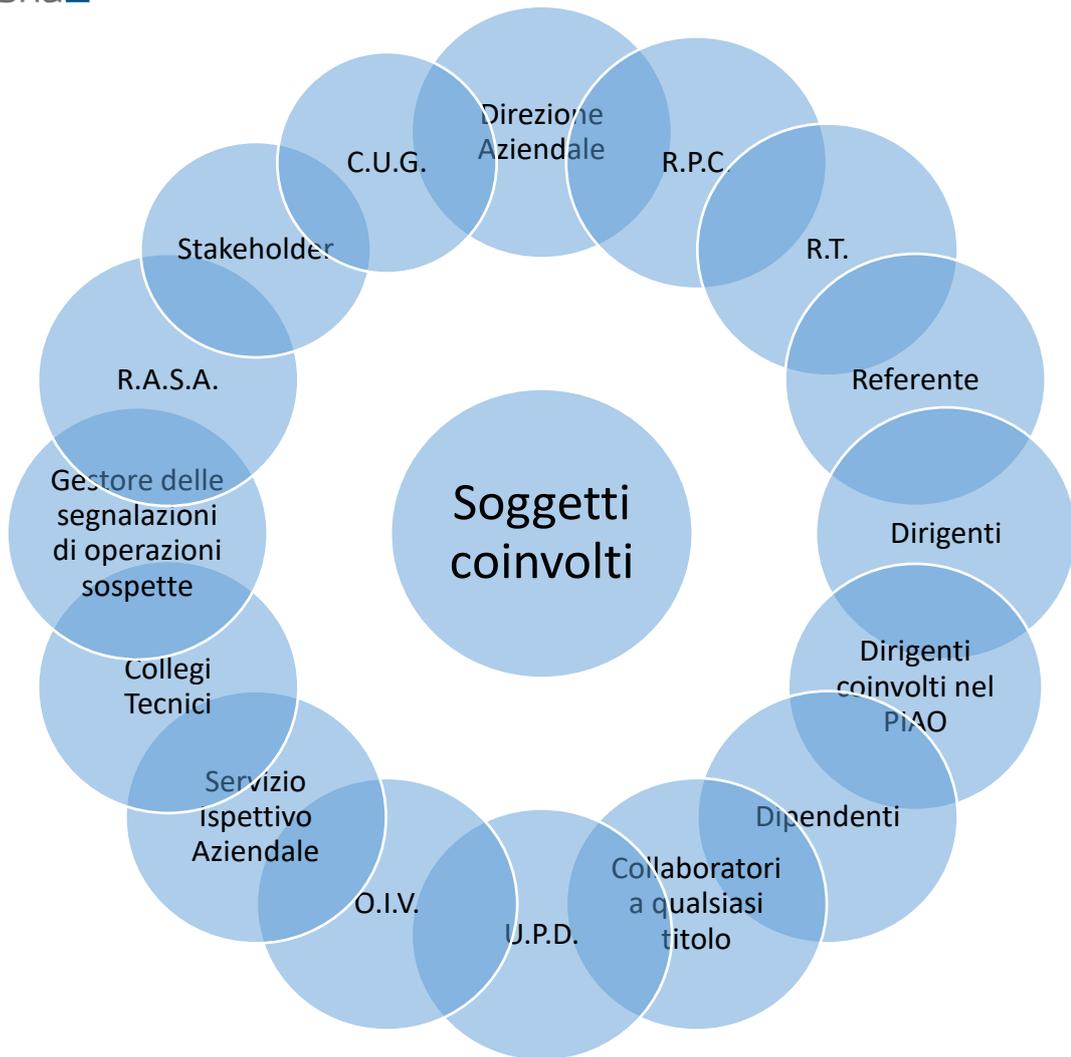


Figura 4 Soggetti coinvolti.

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

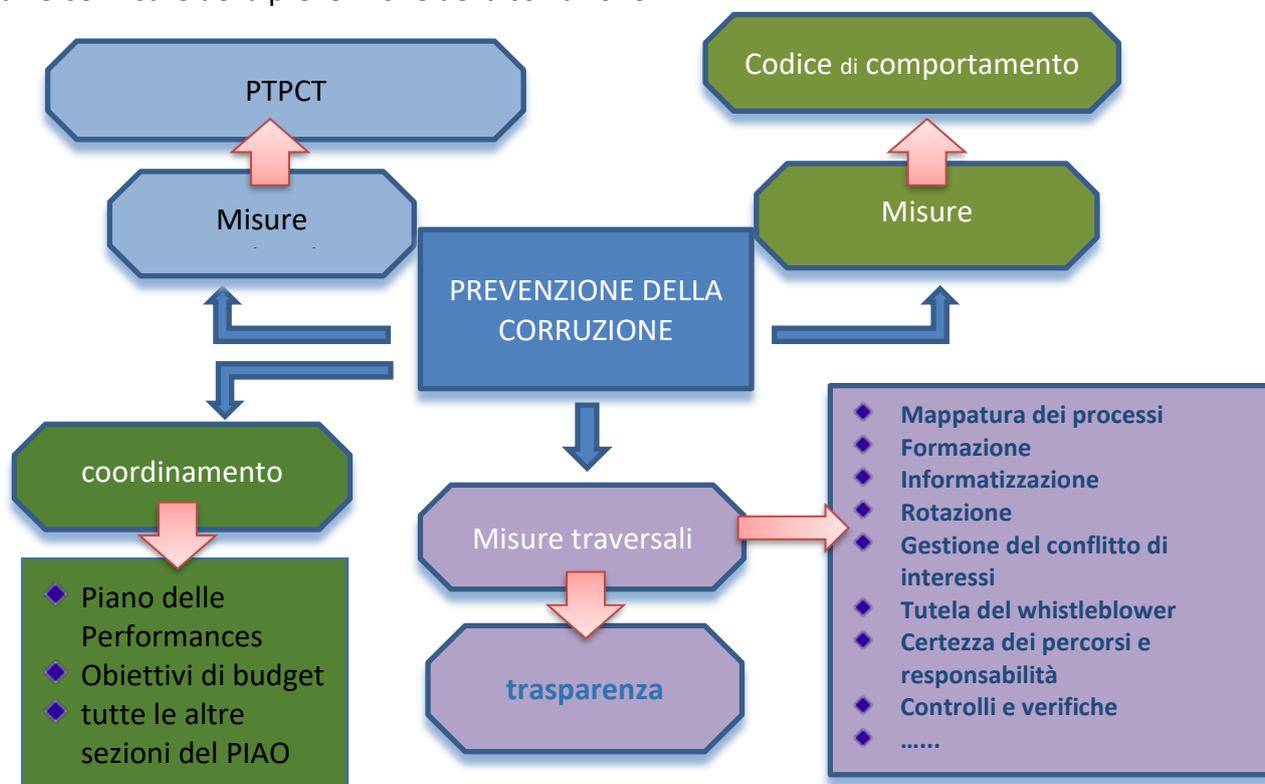


Figura 6 Scheda prevenzione della corruzione

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 Umbria2

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.

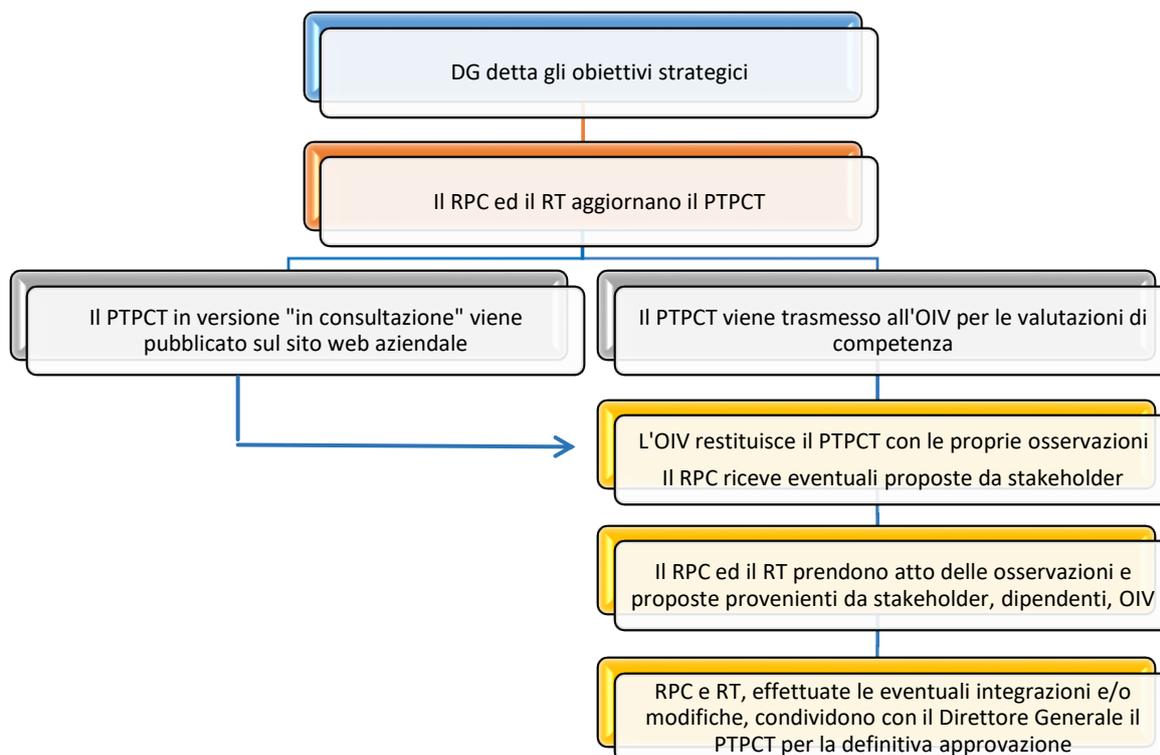


Figura 8 Processo di approvazione del PTPCT

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.

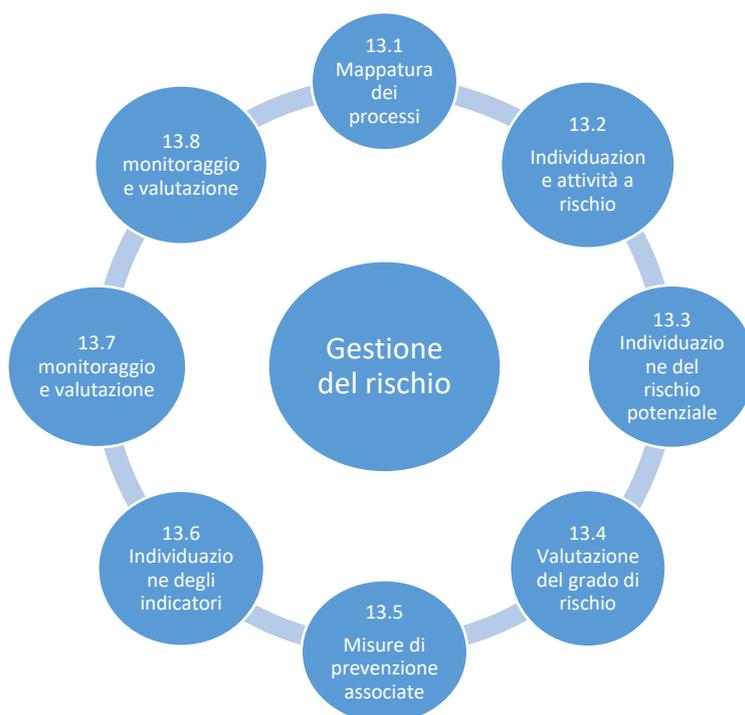


Figura 9 Processo di mappatura

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.

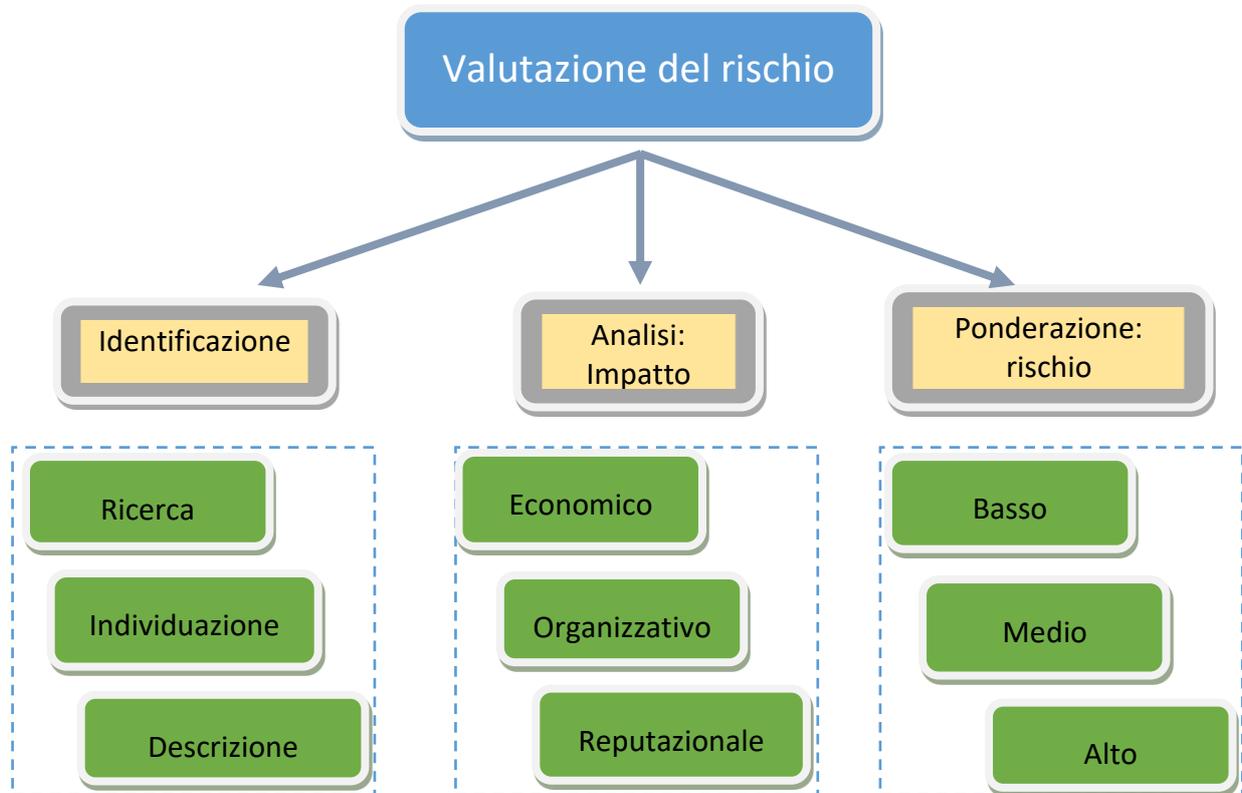


Figura 10 Valutazione del rischio

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.

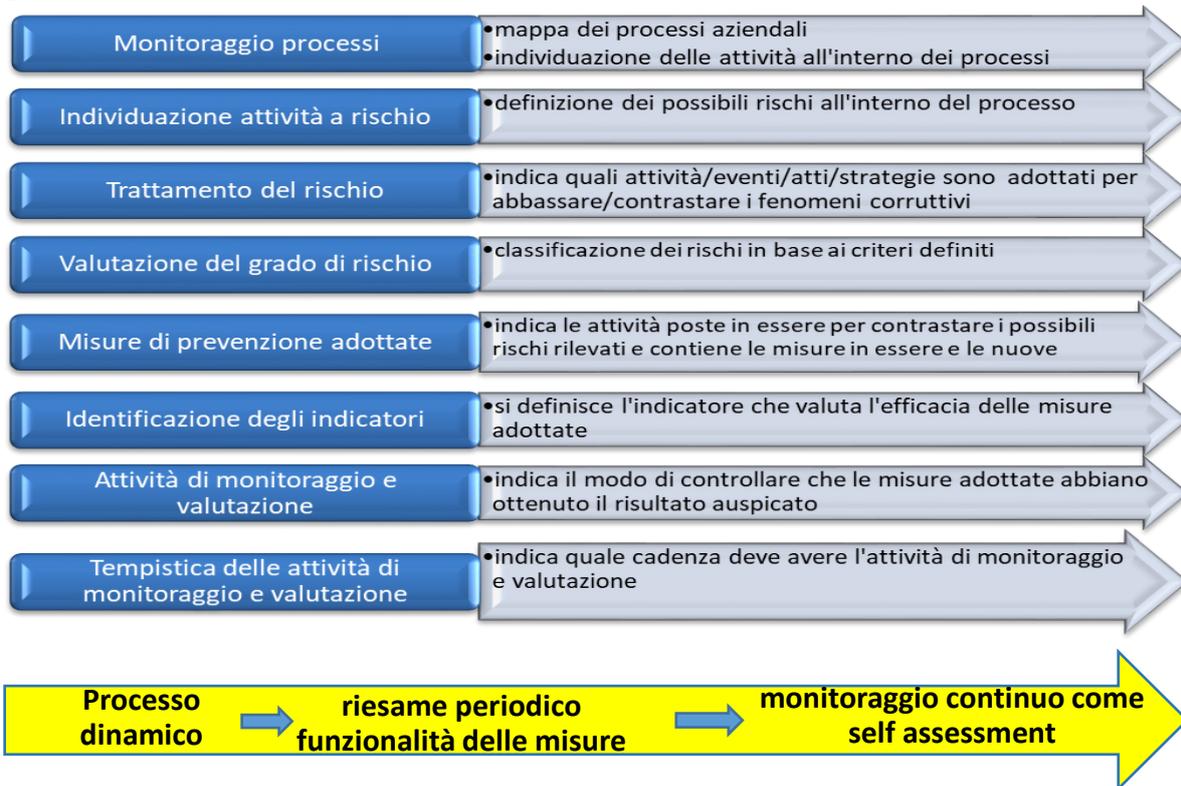


Figura 11 Sintesi del processo di mappatura.

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

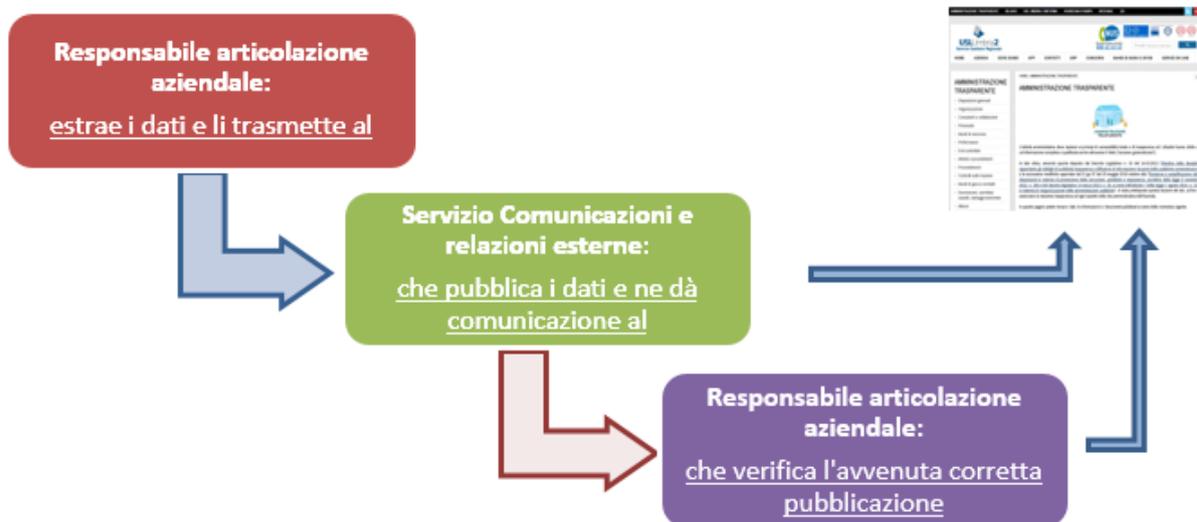


Figura 12 Flusso adempimenti trasparenza

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, verifichino 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.

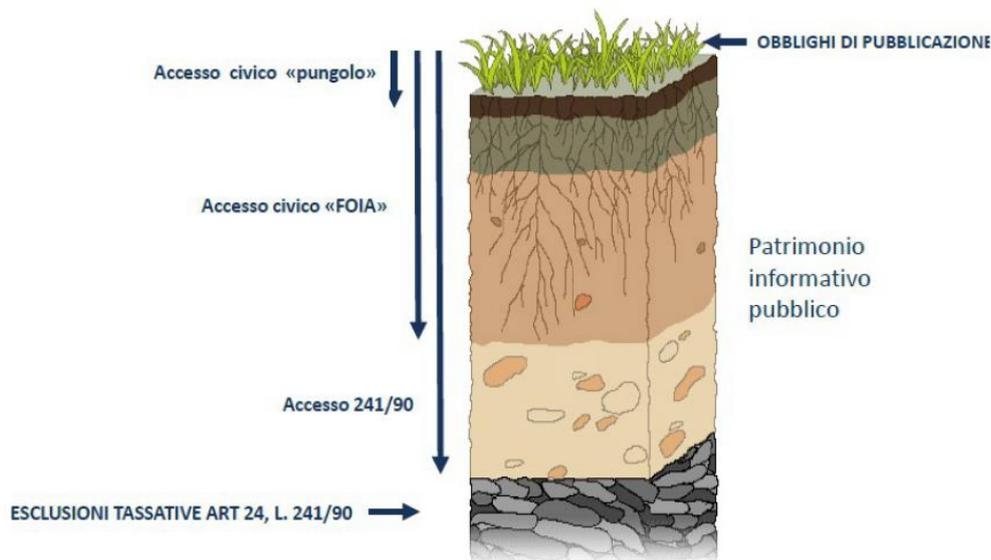


Figura 14 Grado di "profondità" delle diverse tipologie di accesso

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 spatio-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; promuovendo 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 ORTOPEDIA 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 ORTOPEDIA 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 Umbria 2

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 (specificare eventuali altri profili professionali)	24	1																	
CONTABILI																			
GEOMETRI																			
INFORMATICI				4			1												
INGEGNERI				1			1												
ARCHITETTI							1												
PROGRAMMATORI																			
STATISTICI				2			2												
COMPARTO - Area degli Assistenti																			
ASSISTENTI TECNICI (specificare eventuali altri profili professionali)	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 (specificare eventuali altri profili professionali)	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 - <i>ADI</i>				
Prof. Sanitarie Infermieristiche - INFERMIERI	34	19		
OSS	2			
Reclutamenti ai sensi dell'art. 1, comma 5, DL 34/2020 - <i>Infermieri</i>				
Prof. Sanitarie Infermieristiche - INFERMIERI	20	8	15	
OSS	1	2	2	
Reclutamenti ai sensi dell'art. 1, comma 8, DL 34/2020 - <i>Centrali Operative</i>				
Reclutamenti ai sensi dell'art. 2, comma 7, DL 34/2020 - <i>Potenz. Terapie Intensive</i>				
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>				
<i>Prof. Sanitarie della Prev.</i> - ASSISTENTI SANITARI			2	
<i>Prof. Sanitarie della Prev.</i> - 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 Umbria 2

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.

ALLEGATO Misure di prevenzione

1. Misure per prevenire il rischio di corruzione- Premessa.

L'obiettivo fondamentale del PNA e dei P.T.P.C.T. è essenzialmente quello di ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione, creando un contesto sfavorevole alla corruzione. Ovviamente, le azioni indicate dal piano nazionale (che debbono comunque essere sviluppate e ampliate dai piani triennali di ciascun ente) sono molteplici.

Dall'analisi delle misure adottate ed elencate nel presente capitolo, risulta evidente l'attenzione posta dall'Azienda USL Umbria n.2 nel predisporre un piano di azione sinergica risultante da un apporto coordinato di misure diverse. Perciò questo capitolo si presenta particolarmente ricco e sfaccettato, proprio per consentire che l'azione convergente di una molteplicità di tante misure diverse, possa portare al miglior risultato.

Le misure previste nel presente capitolo sono integrate da tutte le altre presenti nel P.T.P.C.T. e nelle schede di mappatura dei processi.

Nel quadro sinottico che segue sono raccolte le principali misure che l'Azienda USL Umbria n.2 intende mettere in campo.

Aree di rischio generali (L. 190/2012 art. 1 comma 16)	<ul style="list-style-type: none">➤ autorizzazione o concessione;➤ scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture;➤ concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;➤ concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.
Aree di rischio generali da aggiornamento PNA 2015	<ul style="list-style-type: none">➤ gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;➤ controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;➤ incarichi e nomine;➤ affari legali e contenzioso.
Aree di rischio specifiche per il settore sanitario (PNA 2015)	<ul style="list-style-type: none">➤ attività libero professionale e liste di attesa;➤ rapporti contrattuali con privati accreditati;➤ farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;➤ attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.
Aree di rischio ulteriori individuate dalla USL Umbria n.2	per le attività a rischio ulteriori si rimanda ai paragrafi successivi ed alla mappatura dei processi. (Ad esempio alienazione degli immobili, comodato d'uso, donazioni, medicina legale, partecipazione a corsi, convegni, seminari...)

Figura 1 Riepilogo misure adottate dalla Azienda USL Umbria n.2

2. Rotazione dei dipendenti.

Nell'ambito delle misure dirette a prevenire il rischio di corruzione, assume rilievo l'applicazione del principio di rotazione del personale addetto alle aree a maggior rischio. La ratio delle previsioni normative ad oggi emanate è quella di evitare che possano consolidarsi posizioni di privilegio nella gestione diretta di attività e di evitare che il medesimo dipendente tratti lo stesso tipo di procedimento per lungo tempo, relazionandosi sempre con i medesimi interlocutori.

È intenzione della Azienda USL Umbria n.2 applicare il principio di rotazione, compatibilmente con l'organico, con l'esigenza di mantenere continuità e coerenza di indirizzo delle strutture e con le

necessarie competenze e titoli nell'assunzione di responsabilità dirigenziali, di coordinamento e di controllo delle strutture.

La specificità delle Aziende Sanitarie in generale e della Azienda USL Umbria n.2 in particolare, rende particolarmente critica l'attuazione di questo principio. In alcuni casi esistono in azienda professionalità specifiche ed uniche.

Relativamente agli incarichi di primariato medico, incarichi conferiti con concorso, dove è prevista un'altissima professionalità e dove normativamente e contrattualmente il mancato rinnovo dell'incarico può essere solo conseguenza di giudizio negativo. Spesso non esistono reali alternative percorribili se non a grave discapito della organizzazione dei Servizi Aziendali e della qualità delle prestazioni rese ai cittadini e/o un notevole aggravio dei costi. Inoltre risulta indispensabile salvaguardare il rilevante patrimonio di competenze e di capacità professionali acquisite in Azienda.

Al fine di contrastare eventuali possibili fenomeni corruttivi nei casi in cui risultasse critico procedere con la rotazione, si cercherà di rafforzare le misure di prevenzione della corruzione sui processi nei quali è previsto il loro coinvolgimento.

Nello stesso modo l'esiguità dei Dirigenti di alcuni dei Servizi dell'Area Tecnica, Professionale ed Amministrativa e le notevoli differenze delle professionalità previste che richiedono frequentemente specifici percorsi formativi e portano a maturare esperienze lavorative molto distanti e difficilmente intercambiabili, rendono particolarmente gravoso e complesso il meccanismo della rotazione.

Tali considerazioni emergono anche dal disposto dell'art. 32 del dettato costituzionale norma non solo programmatica, ma anche immediatamente precettiva con la conseguenza che il diritto vantato dall'individuo alla tutela della salute va considerato assoluto e fondamentale in quanto finalizzato al mantenimento della propria integrità fisica e, pertanto, meritevole di tutela prioritaria e non derogabile. Da qui l'obbligo dell'ASL a fornire ogni servizio ritenuto utile, essenziale e indispensabile alla tutela della salute.

Al fine di favorire il principio di rotazione, l'Azienda avrà cura comunque di formare il personale che dovrà essere destinato a diversa mansione o diverso incarico. Tale formazione dovrà prevedere adeguati periodi di affiancamento, compatibilmente con l'organico, gli obiettivi e le scadenze.

Il principio di rotazione andrà applicato dai dirigenti nei confronti dei R.U.P. prevedendo che nei settori più esposti a rischio di corruzione, dove possibile, gli stessi siano alternati nelle diverse funzioni, mediante l'affidamento di procedimenti afferenti diverse categorie di lavori, beni e servizi rispetto a quelle precedentemente affidate, così da evitare il relazionarsi con i medesimi fornitori.

Analoga rotazione andrà applicata ai componenti delle commissioni di gara, di concorso, sanitarie, per gli accertamenti sanitari relativi alla condizione di handicap, alle Unità Valutative se inserite in attività ad alto rischio di corruzione.

La rotazione è effettuata di norma almeno ogni 5 anni.

In materia di rotazione di incarichi, si tiene conto di quanto specificato dall'ANAC con Delibera 13/2015, secondo cui:

- La rotazione è rimessa all'autonoma determinazione delle amministrazioni, che in tal modo potranno adeguare la misura alla concreta situazione dell'organizzazione dei propri uffici;
- La rotazione incontra dei limiti oggettivi, quali l'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico.

Pertanto non si deve dare luogo a misure di rotazione se esse comportano la sottrazione di competenze professionali specialistiche da uffici cui sono affidate attività ad elevato contenuto tecnico. Ad esempio, le posizioni apicali di Direttore di UOC, le cui funzioni cliniche prevalgono su quelle gestionali, sono assegnate per concorso e sono generalmente infungibili all'interno di una azienda sanitaria.

Per quanto concerne la dirigenza amministrativa, il numero complessivo dei dirigenti effettivamente in servizio in Azienda, è passato da 9 del 2014 a 5 a ti e 2 a td nel 2024 comportando

ridistribuzione di responsabilità. Nel 2014 a seguito di 2 pensionamenti è avvenuta la rotazione di 2 dirigenti su 3 servizi. Nel 2015 e nel 2016 si è avuta una rotazione per ciascun anno.

Nel 2017 il collocamento a riposo di un dirigente amministrativo e l'assunzione di incarico esterno all'Azienda da parte di un altro dirigente amministrativo. Nel corso del 2021 sono stati assunti due nuovi dirigenti amministrativi, generando ulteriore rotazione fra i dirigenti.

3. La rotazione “straordinaria”

Oltre alla rotazione ordinaria, la legge disciplina anche la c.d. “straordinaria”, che si adotta invece come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni illeciti e cioè qualora si verifichi un fenomeno corruttivo ai sensi del d.lgs 165/2001, art. 16 co.1, lett.l-quater, che dispone che *“I dirigenti di uffici dirigenziali provvedono al monitoraggio delle attività nell’ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell’ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva”*.

In ottemperanza alla Delibera ANAC n. 215 del 26.03.2019 che ritiene che la rotazione straordinaria rientri tra le misure amministrative preventive a tutela dell'immagine dell'amministrazione e non quale misura sanzionatoria, l'istituto sarà applicato con riferimento a tutti coloro che hanno un rapporto di lavoro con l'amministrazione: dipendenti e dirigenti, interni ed esterni, in servizio a tempo indeterminato ovvero con contratti a tempo determinato.

L'Azienda USL Umbria n.2 per interpretare ed applicare in modo coerente la normativa che regola l'istituto della rotazione straordinaria, dovrà tenere conto di due aspetti: il momento del procedimento penale in cui deve essere effettuata la valutazione della condotta del dipendente da parte dell'amministrazione, e le tipologie dei reati, considerando che non in tutti i casi si riscontrano “condotte di natura corruttiva”.

Con riferimento alle tipologie di reati, ci si atterrà alle indicazioni fornite dall'ANAC con la citata circolare 215/2019, la quale ha precisato che l'elencazione dei reati (delitti rilevanti previsti dagli articoli 317, 318, 319, 319-bis, 319-ter, 319-quater, 320, 321, 322, 322-bis, 346-bis, 353 e 353-bis del codice penale), di cui all'art. 7 della legge n. 69 del 2015, per “fatti di corruzione” possa essere adottata anche ai fini della individuazione delle “condotte di natura corruttiva” che impongono la misura della rotazione straordinaria ai sensi dell'art.16, co. 1, lettera l-quater, del d.lgs.165 del 2001.

Per i reati previsti dai richiamati articoli del codice penale è da ritenersi obbligatoria l'adozione di un provvedimento motivato con il quale viene valutata la condotta “corruttiva” del dipendente ed eventualmente disposta la rotazione straordinaria.

L'adozione del provvedimento di cui sopra, invece, è solo facoltativa nel caso di procedimenti penali avviati per gli altri reati contro la p.a. (di cui al Capo I del Titolo II del Libro secondo del Codice Penale, rilevanti ai fini delle inconfiribilità ai sensi dell'art. 3 del d.lgs. n. 39 del 2013, dell'art. 35-bis del d.lgs. n. 165/2001 e del d.lgs. n. 235 del 2012).

Sono, comunque, fatte salve le ipotesi di applicazione delle misure disciplinari previo il momento del procedimento penale in cui deve essere effettuata la valutazione della condotta del dipendente da parte dell'amministrazione.

Con riferimento al momento del procedimento penale in cui deve essere effettuata la valutazione della condotta del dipendente da parte dell'amministrazione, ci si atterrà alle indicazioni dell'ANAC, di cui alla citata deliberazione 215/2019, secondo cui l'espressione *“avvio del procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva”* di cui all'art. 16, co. 1, lett.l-quater del d.lgs. 165/2001, non può che intendersi riferita al momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato di cui all'art. 335 c.p.p.”. Ciò in quanto è proprio con quell'atto che inizia un procedimento penale.

La ricorrenza di detti presupposti, nonché l'avvio di un procedimento disciplinare per condotte di tipo corruttivo impongono in via obbligatoria l'adozione di un provvedimento motivato con il quale l'amministrazione dispone sull'applicazione dell'istituto, con riferimento a “condotte di natura corruttiva”. Si ribadisce che l'elemento di particolare rilevanza da considerare ai fini

dell'applicazione della norma è quello della motivazione adeguata del provvedimento con cui viene valutata la condotta del dipendente ed eventualmente disposto lo spostamento.

L'amministrazione, previa acquisizione di sufficienti informazioni atte a valutare l'effettiva gravità del fatto ascritto al dipendente e immediatamente dopo essere venuta a conoscenza dell'avvio del procedimento penale, darà applicazione tempestiva della misura.

Pur non trattandosi di un procedimento sanzionatorio, di carattere disciplinare, è necessario che venga data all'interessato la possibilità di contraddittorio, senza, però, che vengano pregiudicate le finalità di immediata adozione di misure di tipo cautelare.

In mancanza di norme regolamentari, l'amministrazione provvederà caso per caso, adeguatamente motivando anche sulla durata della misura.

Per quanto riguarda la conoscenza dell'avvio di un procedimento penale a carico di un dipendente, riguardando un momento del procedimento che non ha evidenza pubblica (in quanto l'accesso al registro di cui all'art. 335 c.p.p. è concesso ai soli soggetti *ex lege* legittimati), potrà avvenire in qualsiasi modo, attraverso ad esempio fonti aperte (notizie rese pubbliche dai media) o anche dalla comunicazione del dipendente che ne abbia avuto cognizione o per avere richiesto informazioni sulla iscrizione ex art. 335 c.p.p. o per essere stato destinatario di provvedimenti che contengono la notizia medesima (ad esempio, notifica di un'informazione di garanzia, di un decreto di perquisizione, di una richiesta di proroga delle indagini, di una richiesta di incidente probatorio, etc.).

A prescindere dai flussi informativi tra l'Autorità giudiziaria e la ASL è fatto obbligo, a tutti dipendenti della Azienda USL Umbria n.2, di comunicare l'avvio di un procedimento penale nei loro confronti, sin dal primo atto del procedimento penale di cui possa essere a conoscenza l'interessato, in veste di indagato o, comunque, di iscritto nel registro delle notizie di reato di cui all'art.335, del c.p.p.

La violazione di tale norma costituisce, oltre che violazione del presente Piano, grave illecito disciplinare

In analogia con quanto previsto dalla legge n. 97/2001, in caso di obiettiva impossibilità ad adottare la rotazione straordinaria, il dipendente sarà posto in aspettativa o in disponibilità con conservazione del trattamento economico in godimento.

Per gli incarichi amministrativi di vertice, invece, la rotazione, non potendo comportare l'assegnazione ad altro incarico equivalente, comporterà la revoca dell'incarico medesimo, senza che si possa, considerata la natura e la rilevanza dell'incarico, procedere ad una sua mera sospensione.

4. Disciplina aziendale sull'applicazione della rotazione straordinaria

Non appena venuta a conoscenza dell'avvio del procedimento penale, l'Azienda, nei casi di obbligatorietà, adotta il provvedimento motivato, nel rispetto del principio del contraddittorio.

Il provvedimento è adottato con deliberazione del Direttore Generale, su proposta della Direzione Amministrazione del personale.

La motivazione del provvedimento riguarda in primo luogo la valutazione dell'*an* della decisione e in secondo luogo la scelta dell'ufficio cui il dipendente viene destinato.

Nei casi di rotazione facoltativa il provvedimento eventualmente adottato precisa le motivazioni che spingono l'amministrazione alla rotazione, con particolare riguardo alle esigenze di tutela dell'immagine di imparzialità dell'ente.

Considerato che l'amministrazione può venire a conoscenza dello svolgimento del procedimento penale anche relativamente alle sue diverse fasi, si deve ritenere che il provvedimento debba essere adottato (con esito positivo o negativo, secondo le valutazioni che l'amministrazione deve compiere) sia in presenza del solo avvio del procedimento, sia in presenza di una vera e propria richiesta di rinvio a giudizio. Il legislatore chiede che l'amministrazione ripeta la sua valutazione sulla permanenza in ufficio di un dipendente coinvolto in un procedimento penale, a seconda della gravità delle imputazioni e dello stato degli accertamenti compiuti dell'autorità giudiziaria.

La Direzione Amministrazione del Personale provvederà alla sollecita esecuzione del provvedimento.

La rotazione “straordinaria” è disposta nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva. In tali ipotesi:

- per il personale dirigenziale, il dirigente sovra ordinato, in accordo con i Direttori Amministrativo e Sanitario ovvero il Direttore Amministrativo o Sanitario in relazione all’area di appartenenza, procederà con atto motivato alla rotazione del personale ai sensi del combinato disposto dell’art. 16, comma 1, lett. l quater, e dell’art. 55 ter, comma 1, del D.Lgs. n. 165 del 2001;

- per il personale non dirigenziale, il dirigente sovra ordinato, in accordo con i Direttori Amministrativo e Sanitario, procederà con atto motivato alla rotazione del personale ai sensi del citato art. 16, comma 1, lett. L quater.

Nel caso in cui sussista l’impossibilità oggettiva e motivata di rotazione, il superiore gerarchico adotterà in ogni caso, misure “rinforzate” sui processi in questione, quali l’introduzione del meccanismo della distinzione delle competenze, c.d. “segregazione delle funzioni”, con attribuzione a soggetti diversi dei compiti di:

- > svolgere istruttorie ed accertamenti;
- > adottare decisioni;
- > attuare decisioni prese;
- > effettuare verifiche.

Il soggetto che ha disposto misure di rotazione straordinaria ne dà comunicazione al RPC.

5. Gestione e controllo della presenza in servizio del personale

La gestione delle presenze del personale costituisce potenzialmente attività a rischio corruttivo. L’omesso controllo sull’attività di rilevazione della presenza del personale sia a livello decentrato che centralizzato può, infatti, favorire comportamenti irregolari o addirittura illeciti. Per tali motivi sul controllo della suddetta area i dirigenti devono prestare particolare attenzione. È necessario che tutti i responsabili con gestione del personale mettano in campo tutte le misure necessarie per verificare la presenza in servizio.

A tal fine, è necessario in particolare, il controllo :

- > del rispetto del vigente regolamento presenze/assenze;
- > dei casi di ricorso frequente a giustificativi (per dimenticanza timbratura e/o badge...);
- > delle modalità di svolgimento della “*pausa caffè*”, necessariamente breve e svolta in modo da evitare assembramenti e/o il contemporaneo svuotamento dell’ufficio.
- > delle attività svolte in servizio esterno;
- > delle attività svolte con timbrature causalizzate.

Quanto contenuto nel presente paragrafo si intende esteso a tutti dipendenti, al personale in comando/distacco/fuori ruolo, e, in quanto compatibile, agli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie, medici di continuità assistenziale.

6. Formazione di commissioni e assegnazione agli uffici in caso di condanna penale (art. 35 bis del D.Lgs. 165/2001).

In conformità a quanto previsto dagli artt. 35 bis del D.Lgs. 165/2001 “*Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni di ufficio*”, introdotto dall’art. 1, comma 46, della legge 190/2012, e 3 del D.Lgs. 39/2013, coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale¹:

¹ Codice penale | Libro II - Dei delitti in particolare
TITOLO II Dei delitti contro la Pubblica Amministrazione
Capo I Dei delitti dei pubblici ufficiali contro la Pubblica Amministrazione

a) non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;

b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi, lavori e forniture, nonché alla concessione o alla erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzione di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;

c) non possono far parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

La presente disposizione integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari.

La specifica preclusione di cui alla lett. b) dell'art. 35 bis del D.Lgs. 165/2001 riguarda sia l'attribuzione dell'incarico o l'esercizio delle funzioni dirigenziali, sia lo svolgimento di funzioni direttive; pertanto, l'ambito soggettivo della norma ricomprende non solo i dirigenti, ma anche i funzionari e i collaboratori che svolgono funzioni dirigenziali o che siano titolari di posizioni organizzative.

Le strutture competenti all'adozione del provvedimento², devono verificare l'insussistenza di precedenti penali mediante acquisizione d'ufficio ovvero mediante autocertificazione resa dall'interessato ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 all'atto:

a) della formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di commissioni di concorso;

b) dell'assegnazione dei dipendenti dell'area direttiva agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi, lavori e forniture, nonché alla concessione o alla erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzione di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati.

Le autocertificazioni devono acquisite prima dell'inizio dei lavori.

La dichiarazione resa da coloro i quali sono stati individuati per far parte di commissioni, deve essere conforme ai modelli allegati al PIAO.

Inoltre le strutture competenti all'adozione del provvedimento devono raccogliere le dichiarazioni sul conflitto di interessi.

Nel caso di commissioni, i Responsabili delle strutture interessate trasmettono, entro il 30 novembre per i dodici mesi precedenti, al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, il risultato delle verifiche, effettuate a campione, compilando il seguente schema:

Art. 314. Peculato. Art. 315. Malversazione a danno di privati. (abrogato) Art. 316. Peculato mediante profitto dell'errore altrui. Art. 316-bis. Malversazione a danno dello Stato. Art. 316-ter. Indebita percezione di erogazioni a danno dello Stato. Art. 317. Concussione. Art. 317-bis. Pene accessorie. Art. 318. Corruzione per l'esercizio della funzione. Art. 319. Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio. Art. 319-bis. Circostanze aggravanti. Art. 319-ter. Corruzione in atti giudiziari. Art. 319-quater. Induzione indebita a dare o promettere utilità. ⁽¹⁾ Art. 320. Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio. Art. 321. Pene per il corruttore. Art. 322. Istigazione alla corruzione. Art. 322-bis. Peculato, concussione, induzione indebita dare o promettere utilità, corruzione e istigazione alla corruzione di membri degli organi delle Comunità europee e di funzionari delle Comunità europee e di Stati esteri. Art. 322-ter. Confisca. Art. 322-quater Riparazione pecuniaria Art. 323. Abuso di ufficio. Art. 323-bis. Circostanze attenuanti. Art. 324. (abrogato) Art. 325. Utilizzazione d'invenzioni o scoperte conosciute per ragione d'ufficio. Art. 326. Rivelazione ed utilizzazione di segreti di ufficio. [Art. 327.abrogato] Art. 328. Rifiuto di atti d'ufficio. Omissione. Art. 329. Rifiuto o ritardo di obbedienza commesso da un militare o da un agente della forza pubblica. [Art. 330. (abrogato)] Art. 331. Interruzione di un servizio pubblico o di pubblica necessità. [Art. 332.(abrogato)].[Art. 333.(abrogato) Art. 334.Sottrazione o danneggiamento di cose sottoposte a sequestro disposto nel corso di un procedimento penale o dall'autorità amministrativa. Art. 335. Violazione colposa di doveri inerenti alla custodia di cose sottoposte a sequestro disposto nel corso di un procedimento penale o dall'autorità amministrativa. Art. 335-bis. Disposizioni patrimoniali.

² Di norma il responsabile dell'ufficio che ha effettuato la proposta di delibera/determina.

Dati relativi alla Commissione	Descrizione
Commissione relativa a	
Estremi dell'atto di indizione della selezione	
Estremi dell'atto di nomina della commissione	
Data di effettuazione delle verifiche	
Esito delle verifiche	

Figura 2 Griglia di riepilogo formazione commissioni

7. Formazione di commissioni giudicatrici – Procedure

Ci si riferisce alle procedure di aggiudicazione di contratti di appalti o di concessioni, limitatamente ai casi di aggiudicazione con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa. In tali casi la valutazione delle offerte dal punto di vista tecnico ed economico è affidata ad una commissione giudicatrice, composta da esperti nello specifico settore cui afferisce l'oggetto del contratto.

La sussistenza di una situazione di incompatibilità dei membri della commissione di gara, tale da imporre l'obbligo di astensione, deve essere valutata ex ante, in relazione agli effetti potenzialmente distorsivi che il difetto di imparzialità potrebbe determinare in relazione alla situazione specifica. Per tale motivo è necessario che i commissari di gara dichiarino, prima della nomina, ogni eventuale situazione di conflitto, anche solo potenziale, al fine di consentire alla Stazione appaltante una valutazione di merito in ordine alla sussistenza dell'obbligo di astensione qualora la situazione sia tale da escludere di fatto ogni dubbio circa eventuali interessi dei commissari che potrebbero pregiudicare l'imparzialità del loro giudizio.

Le procedure per la formazione di commissioni giudicatrici, sono state di recente oggetto di modifica ed aggiornamento a seguito della emanazione della Delibera ANAC n. 1190/2016³. Con tali linee guida, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 78 del D.Lgs. 19 aprile 2016, n. 50, vengono definiti i criteri e le modalità per l'iscrizione all'Albo nazionale obbligatorio dei componenti delle commissioni giudicatrici da parte dei soggetti dotati di requisiti di compatibilità e moralità, nonché di comprovata competenza e professionalità nello specifico settore a cui si riferisce il contratto. Queste disposizioni non si applicano alle procedure di aggiudicazione di contratti di appalto o concessioni effettuate dagli enti aggiudicatori che non siano amministrazioni aggiudicatrici quando svolgono una delle attività previste dagli articoli 115-121 del Codice.

Nelle more della costituzione dell'albo nazionale, l'azienda USL Umbria n.2 si è dotata di un apposito regolamento per disciplinare la nomina dei componenti delle commissioni giudicatrici, conformandosi ai principi ispiratori delle linee guida ANAC citate⁴.

Inoltre per tutti i membri della Commissione giudicatrice viene sempre interrogato il casellario giudiziale.

8. Formazione di commissioni invalidi civili.

Per quanto concerne la nomina dei componenti le commissioni medico legali per l'accertamento della invalidità civile ed dell'handicap, questa avverrà nel rispetto delle disposizioni di cui alla legge della Regione Umbria n. 11 del 2015 ed in base ai seguenti criteri:

➤ Presidenti delle commissioni: medici di medicina legale nomina per 5 anni sulla base di un avviso interno secondo le disposizioni normative vigenti;

³ Delibera ANAC n. 1190 del 16 novembre 2016 - Linee guida n. 5, di attuazione del D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50, recanti "Criteri di scelta dei commissari di gara e di iscrizione degli esperti nell'Albo nazionale obbligatorio dei componenti delle commissioni giudicatrici"

⁴ delibera del D.G. 983 del 28/12/2016.

- Medici componenti nomina per 5 anni sulla base di un avviso interno tenuto conto delle valutazioni dei curricula;
- Medici di nomina AMNIC/altri organismi esterni competenti: nomina di competenza dell'associazione;
- Membri segretari: incarico per sei mesi sulla base delle domande validamente presentate.

Per le Commissioni invalidi civili il presente P.T.P.C.T. adotta un criterio rigoroso di rotazione secondo i seguenti criteri:

- Presidenti e componenti: saranno soggetti a rotazione territoriale con la cadenza di 20 mesi per il quinquennio di incarico.
- I membri segretari saranno soggetti a rotazione nell'incarico con la cadenza di sei mesi, così come previsto nell'apposito avviso con cui è stato disposto il loro reclutamento.
- I criteri di rotazione non si applicano ai membri delle commissioni che hanno unica sede provinciale.

Tali criteri sono stati adottati nella delibera del D.G. n. 1390 del 05/12/2017 che ha costituito le nuove commissioni ai sensi della L. 295/90, 104/92, L.R. 11/15 e D.G.R. 908/13⁵.

Il presidente ed i membri della commissione, hanno l'obbligo di dichiarare l'eventuale presenza di conflitto di interesse, alla presenza del quale il membro in conflitto dovrà allontanarsi dalla Commissione; tale evento sarà annotato nel verbale di Commissione.

9. Conferimento incarichi extraistituzionali a dipendenti (art. 53 D.Lgs. 165/2001)

Gli incarichi retribuiti a dipendenti sono conferiti o autorizzati dalla Azienda USL Umbria n.2. Ai fini dell'autorizzazione l'Azienda USL Umbria n. 2 verifica l'insussistenza di situazioni anche potenziale di conflitto di interesse. La richiesta di autorizzazione da parte del dipendente, è corredata dalla dichiarazione sul conflitto di interesse e sulla incompatibilità, ambedue valutate dal gerarchicamente sovraordinato del dipendente.

Il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti⁶; in questi casi, l'amministrazione - pur non essendo necessario il rilascio di una formale autorizzazione - deve comunque valutare tempestivamente l'eventuale sussistenza di situazioni di conflitto di interesse anche potenziale e, se del caso, comunicare al dipendente il diniego allo svolgimento dell'incarico.

Gli incarichi a titolo gratuito da comunicare all'amministrazione sono solo quelli che il dipendente è chiamato a svolgere in considerazione della professionalità che lo caratterizza all'interno dell'amministrazione di appartenenza (quindi, a titolo meramente esemplificativo, non deve essere oggetto di comunicazione all'amministrazione lo svolgimento di un incarico gratuito di docenza in una scuola di danza da parte di un funzionario amministrativo della ASL, poiché tale attività è svolta a tempo libero e non è connessa in nessun modo con la sua professionalità di funzionario).

Il Servizio Ispettivo Aziendale, nell'ambito delle funzioni assegnate, effettua controlli a campione sulle autorizzazioni concesse e le dichiarazioni effettuate dai dipendenti.

10. Conferimento incarichi extraistituzionali a dipendenti di altre PP.AA. (art. 53 comma 8 D.Lgs. 165/2001)

Ai sensi del comma 8 dell'art. 53 del D.Lgs. 165/2001, le pubbliche amministrazioni non possono conferire incarichi retribuiti a dipendenti di altre amministrazioni pubbliche senza la previa autorizzazione dell'amministrazione di appartenenza dei dipendenti stessi.

Pertanto gli uffici competenti si attengono alla presente disposizione e sono chiamati alla verifica puntuale del dettato normativo.

⁵ Cfr. delibere del Direttore Generale n.624/2018, n.969/2018, n.1252/2018 e n.1637/2018.

⁶ Art.53 comma 12 D.Lgs. 165/2001.

11. Tutela del dipendente che segnala illeciti (Whistleblower)

In lingua inglese, la locuzione whistleblower ("soffiatore di fischietto") identifica un individuo che denunci pubblicamente o riferisca alle autorità attività illecite o fraudolente all'interno del governo, di un'organizzazione pubblica o privata o di un'azienda. Deriva dalla frase «to blow the whistle», letteralmente «soffiare il fischietto», riferita all'azione dell'arbitro nel segnalare un fallo o a quella di un poliziotto che tenta di fermare un'azione illegale.

Nello specifico, il whistleblowing è quindi la segnalazione del lavoratore dipendente che rinviene un comportamento illecito o in qualsiasi modo contrario alle legge, ai danni dell'azienda stessa, dei colleghi o dei pazienti.

Nonostante il decreto risalga al 2012, il whistleblowing è una realtà giuridica solamente a partire dal 2017, data in cui è stato esteso anche al lavoro privato. Chi segnala il comportamento illecito è protetto dall'anonimato per evitare che ci siano delle ritorsioni nei suoi confronti da parte del datore di lavoro o dei colleghi. La materia è stata ulteriormente modificata con il D.Lgs. 10 marzo 2023, n. 24 "Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali"

L'Azienda USL Umbria n.2, poi, con delibera del Direttore Generale n.8 del 07/01/2024 ha aggiornato la "Procedura per la segnalazione di condotte illecite da parte del Dipendente pubblico, revisionata ed integrata, ai sensi del d.lgs. N. 24 del 10-03-2023" al fine di fornire al segnalante/whistleblower chiare indicazioni operative circa oggetto, contenuti, destinatari e modalità di trasmissione delle segnalazioni, nonché le maggiori e nuove forme di tutela che gli vengono garantite dalla normativa vigente alla luce dell'impianto normativo sulla tutela del whistleblowing e delle novità introdotte dal Decreto Legislativo n. 24 del 10/03/2023. A tale delibera si fa completo rinvio.

La piattaforma informatica per effettuare la segnalazione è evidenziata nell'area dedicata alla prevenzione della corruzione sul portale aziendale al link: <https://www.uslumbria2.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-anticorruzione>



Figura 3 Griglia di riepilogo formazione commissioni

L'onere di istruttoria, che la legge assegna al RPCT, si sostanzia, (PNA 2022 all. 3), nel compiere una prima imparziale delibazione sulla sussistenza (c.d. fumus) di quanto rappresentato nella segnalazione, in coerenza con il dato normativo che si riferisce ad una attività "di verifica e di analisi". Resta fermo, in linea con le indicazioni già fornite nella delibera n. 840/2018, che non spetta al RPCT svolgere controlli di legittimità o di merito su atti e provvedimenti adottati dall'amministrazione oggetto di segnalazione né accertare responsabilità individuali.

12. Conflitto di interessi – Obbligo di segnalazione

La norma contiene due prescrizioni, un obbligo di astensione e un dovere di segnalazione, in particolare, la finalità di prevenzione si realizza mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione. Inoltre, si coordina con la disposizione inserita nel Codice di Comportamento – DPR 62/2013, all'art.7, che contiene una tipizzazione delle relazioni personali o professionali sintomatiche del possibile conflitto di interesse.

Per la definizione di conflitto di interessi si rimanda all'art. 6 del DPR 62/2013, alle linee guida ANAC ed all'art. 11 del Codice di Comportamento aziendale.

Il dipendente comunica per iscritto al proprio dirigente, con adeguate motivazioni e con un congruo anticipo rispetto alla conclusione degli atti in esame, la necessità di astenersi dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività, nei casi previsti dall'art. 7 del DPR 62/2013.

Tutti i dipendenti devono, nei loro rapporti esterni con clienti/fornitori/contraenti e concorrenti, comunque curare gli interessi dell'Azienda rispetto ad ogni altra situazione che possa concretizzare un vantaggio personale anche di natura non patrimoniale.

I dipendenti che nell'esercizio delle loro funzioni e competenze specifiche vengano a conoscenza di possibili conflitti d'interesse che possano riguardare per qualsiasi motivo la propria persona, devono astenersi da quella attività (ai sensi dell'articolo 6 bis della legge n. 241/1990, introdotto dall'art. 1, comma 41, legge n. 190 del 2012)⁷ segnalando tempestivamente, e comunque prima di adottare qualsiasi atto/attività/decisione in merito, ogni situazione di conflitto di interessi, anche potenziale.

Il procedimento per la segnalazione del conflitto, lo stesso per tutti i servizi, sarà il seguente:

1. per effettuare la segnalazione è disponibile il modulo inserito nell'allegato "Modulistica" al presente piano;

2. le segnalazioni del conflitto devono essere indirizzate al dirigente di riferimento;

3. se la segnalazione riguarda il dirigente, la comunicazione è rivolta alla funzione superiore in via gerarchica, secondo gli assetti organizzativi aziendali.

4. Il responsabile della valutazione di cui ai commi 2 e 3 assume, motivandola e comunicandola formalmente al segnalante, una delle determinazioni conseguenti:

- richiesta di astensione dell'interessato dall'incarico/procedimento/attività;
- permanenza dello stesso nell'incarico/procedimento/attività;

5. Nel caso di cui il responsabile della valutazione consideri sussistente il conflitto provvede, nel rispetto del principio di proporzionalità, a:

- assegnare l'incarico/procedimento/attività ad altro operatore;
- avocare a sé l'incarico/procedimento/attività nel caso in cui altri collaboratori siano già impegnati o non competenti per quella specifica attività;
- rappresentare al vertice aziendale l'esistenza del conflitto d'interessi;
- proporre l'affidamento dell'interessato ad altro incarico;
- proporre il trasferimento dell'interessato ad altro ufficio;

Il Responsabile della valutazione deve fornire annualmente, entro il 30 novembre di ogni anno per i 12 mesi precedenti, comunicazione al RPC se ha ricevuto segnalazioni ed eventualmente le soluzioni adottate.

Sono comunque tenuti alla sottoscrizione della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi anche i dipendenti che rivestono il ruolo di R.U.P. (Responsabile Unico del Procedimento) e di D.E.C. (Direttore di Esecuzione del Contratto) e DL (Direttore dei Lavori), dichiarazione da conservare agli atti d'ufficio. In caso di presenza di dichiarazione di conflitto di interesse, è competente a decidere sulla risoluzione il responsabile del procedimento di individuazione e nomina di quel RUP o DEC.

⁷ "Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale."

<p style="text-align: center;">IMPARZIALITA'</p> 	<p style="text-align: center;">Conflitto di interessi POTENZIALE</p> 	<p style="text-align: center;">Conflitto di interessi ATTUALE e CONCRETO</p> 	<p style="text-align: center;">INCOMPATIBILITA'</p> 
<p>Assenza di collegamento di interessi</p> <p>oppure</p> <p>collegamento di interessi ma non abbastanza intenso</p> <p>oppure</p> <p>collegamento di interessi intenso, ma assenza di ruoli</p>	<p>Collegamento di interessi intenso (cioè idoneo a generare un condizionamento dell'attività o del processo decisionale del dipendente pubblico o dell'ufficio).</p> <p>Pertanto, almeno in astratto, un condizionamento è possibile. Tuttavia è assente la funzione o attività "CONCRETA" in cui tale condizionamento si può effettivamente verificare.</p>	<p>Collegamento di interessi intenso (cioè idoneo a generare un condizionamento dell'attività o del processo decisionale del dipendente pubblico o dell'ufficio). Inoltre, è presente una funzione o attività "CONCRETA" in cui tale condizionamento si può verificare.</p>	<p>Un dipendente pubblico è nelle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • E' titolare di un collegamento di interessi che si qualifica come «INCARICO». e • che genera incompatibilità TRA RUOLI PUBBLICI, oppure • TRA RUOLO PUBBLICO E RUOLO PRIVATO.

Figura 4 Conflitto di interessi

La violazione sostanziale della norma, che si realizza con il compimento di un atto illegittimo, dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente suscettibile di essere sanzionata con l'irrogazione di sanzioni all'esito del relativo procedimento, oltre a poter costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso, quale sintomo di eccesso di potere sotto il profilo dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa.

13. Inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi di Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario⁸.

Il Responsabile della Prevenzione della corruzione vigila, anche attraverso le disposizioni del Piano anticorruzione, che nell'Amministrazione siano rispettate le norme stabilite dal Decreto Legislativo n. 39/2013 in materia di inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi di natura dirigenziale. La delibera ANAC n.833/2016 stabilisce che il RPC, qualora venga a conoscenza dell'insorgenza o dell'esistenza di incarichi conferiti in violazione del D.Lgs. 39/2013, avvia il procedimento previsto da quest'ultima norma.

Il D.Lgs. 39/2013 definisce:

✓ "inconferibilità" la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi amministrativi di vertice, incarichi dirigenziali interni o esterni a coloro che: abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal Capo I del Titolo II del libro secondo del Codice Penale (vedi nota 9) anche con sentenza non passata in giudicato; che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione; che siano stati componenti di organo di indirizzo politico.

✓ "incompatibilità" l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione che conferisce l'incarico.

L'ANAC è intervenuta sull'argomento e con propria deliberazione n. 149 del 22 dicembre 2014 ha definito, al fine di evitare ulteriori dubbi interpretativi e applicativi, l'ambito soggettivo ed i limiti di applicabilità delle disposizioni in tema di inconferibilità e incompatibilità stabilendo che "*Le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL, come definite al precedente punto 1, devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale,*

⁸ D. Lgs n.39 del 8 aprile 2013 – Delibere ANAC n. 149/2014 n. 833/2016.

direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39”.

All'atto della nomina, colui al quale l'incarico è conferito, è tenuto a rilasciare una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità o incompatibilità comprendenti gli elementi contenuti nell'art. 8 e 14 del D.Lgs. 39/2013.

Il Servizio Affari Generali, Legali dovrà verificare la completezza delle dichiarazioni rilasciate dagli interessati. Lo stesso Servizio dovrà richiedere le eventuali integrazioni. Per il Direttore Amministrativo e Sanitario si deve far riferimento al modello di cui ai modelli contenuti nell'allegato “modulistica” al presente PTPCT, da rendere con cadenza annuale. Il Servizio Affari Generali provvederà a richiedere con cadenza annuale le dichiarazioni ed a richiederne la pubblicazione sul sito web aziendale, con la stessa cadenza.

14. Principi applicati nell'attività contrattuale con i fornitori

Nell'ambito dell'attività contrattuale, gli operatori della Azienda USL Umbria n.2 si conformano ai seguenti principi:

- utilizzano gli acquisti a mezzo Consip, Mepa, CRAS motivandone puntualmente il mancato ricorso;
- assicurano il confronto concorrenziale, definendo requisiti di partecipazione alle gare e di valutazione delle offerte chiari ed adeguati;
- procedono da affidamenti diretti solo nei casi ammessi dalle norme;
- verificano la congruità dei prezzi di acquisto di beni e servizi effettuati al di fuori del mercato elettronico della Pubblica Amministrazione;
- verificano la congruità dei prezzi di acquisto di cessione dei beni immobili o costituzione/cessione diritti reali minori;
- quando il contratto è affidato con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, definiscono puntualmente, nel bando/lettera invito, i criteri di valutazione e la loro ponderazione;
- quando la soglia di affidamento consente il ricorso all'affidamento diretto privilegiano l'effettuazione di un'indagine di mercato e/o avviso per la manifestazione di interesse;
- ricorso motivato alle procedure negoziate e divieto di artificioso frazionamento.
- evitano le proroghe se non nei casi concessi dalle norme.

I principi del presente articolo sono tradotti in misure specifiche, rilevabili anche nell'allegato “Mappatura dei processi” poste a carico delle Strutture aziendali competenti in materia di attività contrattuale con i fornitori.

15. Codice di Comportamento

L'adozione del Codice di Comportamento fornisce regole di condotta alle quali ogni dipendente è tenuto ad uniformarsi nello svolgimento della propria attività di servizio, al fine di garantire il rispetto dei principi etici, dei doveri di diligenza, lealtà, imparzialità, buona condotta e civile convivenza in ambito aziendale.

L'Azienda USL Umbria n. 2 ha adottato il proprio Codice di Comportamento, che costituisce strumento integrativo del presente Piano, ne costituisce una apposita sezione, al quale tutto il personale ed i soggetti indicati nell'art. 2 del Codice di Comportamento, dovrà attenersi. È notificato a tutti i dipendenti con le modalità già descritte per la notifica del piano, costituendone parte integrante e quindi presente anche nel sito web aziendale.

I dirigenti dovranno promuovere la conoscenza dei contenuti del codice di comportamento da parte dei dipendenti della struttura di cui sono titolari.

I dirigenti provvedono, inoltre, alla costante vigilanza sul rispetto del Codice di Comportamento da parte dei dipendenti assegnati alla propria struttura, tenendo conto delle violazioni accertate e

sanzionate ai fini della tempestiva attivazione del procedimento disciplinare e della valutazione individuale del singolo dipendente.

16. Descrizione dei procedimenti e del personale coinvolto.

I responsabili delle diverse articolazioni aziendali effettuano la ricognizione dei procedimenti di competenza, con indicazione dei responsabili coinvolti, operatori addetti, tipologia di controlli ecc. secondo le indicazioni di seguito fornite:

Procedimento (breve descrizione)	Normativa di riferimento	Responsabile del procedimento (unitamente ai recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale)	Ove diverso unità organizzativa competente all'adozione del provvedimento finale (indicazione del nome responsabile ufficio unitamente ai recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale)	Procedimento ad istanza di parte (modulistica)	Procedime nto ad istanza di parte Uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso (indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze)	Termine di conclusione del procedimento	Conclusioni del procedimento attraverso una dichiarazione sostitutiva dell'interessato o con il silenzio assenso	Strumenti di tutela riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato	Tempi di realizzazione degli accessi ai servizi on line	Modalità per l'effettuazione di eventuali pagamenti	Soggetto a cui è attribuito in caso di inerzia il potere sostitutivo

Figura 5 Descrizione dei procedimenti e del personale coinvolto.

17. Attività Libero Professionale Intramuraria.

L'Azienda USL Umbria n. 2 ha adottato con delibera del Direttore Generale n. 436 del 23/03/2018 che modifica il proprio precedente regolamento per l'esercizio della Attività Libero Professionale Intramuraria contenente (art. 15) specifiche indicazioni in ordine ai soggetti incaricati delle verifiche e monitoraggio sul corretto espletamento della ALPI. Il regolamento è stato aggiornato con delibera del Direttore Generale n.1083/2018.

18. Procedura per la gestione dei ricoveri chirurgici programmabili.

L'Azienda USL Umbria si è dotata di delibera del Direttore Generale n.23 del 18/01/2017 la "Procedura aziendale delle agende di prenotazione e della preospedalizzazione per i ricoveri chirurgici programmabili" in sostituzione degli attuali regolamenti, che ha cura di disciplinare gli aspetti legati ai rapporti fra programmazione degli interventi chirurgici, attività istituzionale e attività in libera professione.

Lo scopo della procedura è volto a:

- garantire che l'accesso alle procedure chirurgiche in elezione avvenga secondo criteri di accessibilità, equità trasparenza, a tutela dei diritti del paziente;
- definire i criteri clinici delle classi di priorità ed i relativi tempi di attesa;
- garantire il monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri ospedalieri secondo le indicazioni ministeriali e regionali;
- controllare l'andamento dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici erogati, secondo la classe di priorità.

Recentemente la materia è stata aggiornata dalla Regione dell'Umbria con DGR n. 1406 del 28/12/2023 che ha fornito le LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER IL REGOLAMENTO DI SALA OPERATORIA che sono stata successivamente recepite con delibera del Direttore Generale

n. 145 del 29/12/2023 che ha rinviato ad atto successivo l'approvazione del regolamento aziendale di sala operatoria entro 60 giorni dall'adozione della DGR 1406/2023.

19. Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero e nelle altre strutture di degenza

La gestione del servizio relativo all'utilizzo delle camere mortuarie e delle altre attività legate al decesso intra ospedaliero (contatti con le imprese funebri, vestizione della salma...), riveste un aspetto estremamente delicato, tenuto conto delle forti implicazioni di natura sia etica che economica degli interessi coinvolti, potenzialmente in grado di condizionare l'attività degli operatori, interni ed esterni impiegati nell'ambito richiamato.

L'Azienda USL Umbria n.2 ha mappato i processi relativi al decesso, nelle strutture di ricovero, individuando le misure di prevenzione della corruzione in relazione al grado di rischio di ciascun Presidio.

20. Attività correlate alla scelta e revoca del Medico di Assistenza Primaria e Pediatra di libera scelta

Si fa riferimento alla scelta del medico di MMG ("medico di famiglia") o del Pediatra di libera scelta ed alle procedure necessarie per effettuare tale scelta. L'Azienda, al fine di contrastare possibili fenomeni corruttivi, si è dotata di un regolamento per gestire in modalità più asettica possibile le scelte.

21. Smart working

Si rimanda alla apposita sezione del PIAO.

22. Sistemi di video conferenza

L'Azienda adotta e privilegia sistemi di videoconferenza quali strumenti ordinari per lo svolgimento delle quotidiane attività di incontri per riunioni, coordinamento, interazione e confronto fra i professionisti. L'utilizzo di tali sistemi è importante per una efficace ed efficiente gestione soprattutto in relazione alle dilatate dimensioni territoriali dell'Azienda che, svolte con le tradizionali modalità in presenza, potrebbero comportare notevole dispendio di tempo, risorse e costi.

23. Regolamenti, circolari, direttive interne.

Al fine di limitare e comunque regolare l'esercizio della discrezionalità nei procedimenti amministrativi e nei processi di attività, l'Azienda richiede ai responsabili delle strutture, nei diversi procedimenti, la costruzione di percorsi disciplinati all'interno di regolamenti, circolari o direttive interne.

I provvedimenti adottati in deroga a dette disposizioni dovranno esplicitare il motivo dello scostamento dalle indicazioni generali.

Tali provvedimenti dovranno essere monitorati con la creazione di flussi informativi su deroghe e sugli scostamenti.

Questa importante misura di prevenzione costituisce il forte impulso assegnato dalla Direzione ai regolamenti aziendali, portatori di certezze e trasparenza, che, per i settori gestiti, consentono risultanze facilmente monitorabili e controllabili.

24. Delibere/determine.

Precise istruzioni sono assegnate a tutte le figure coinvolte nel processo di proposta di una delibera del Direttore Generale o determina dirigenziale. Particolare attenzione va posta nella strutturazione della delibera/determina che deve contenere necessariamente:

➤ la normativa di riferimento: vanno indicati gli estremi (numero, data, oggetto) delle fonti normative di riferimento: leggi statali, leggi regionali, D.P.R., DGR, delibere del D.G., circolari, sentenze ecc.

➤ la motivazione:

– parte descrittiva (presupposti di diritto, presupposti di fatto del contenuto del provvedimento da adottare);

– parte valutativa;

– dati di costo eventuali (o di ricavo).

➤ il dispositivo:

– in quest'ultima sezione va precisamente esplicitata la proposta di determina utilizzando, da un punto di vista formale, un elenco numerato per ciascun capoverso.

– Per gli atti che inducono una spesa a carico del bilancio aziendale dovrà essere utilizzata la seguente dicitura: *“di imputare l'onere della spesa pari ad € _____ al conto CO.GE. _____ C.d.C. _____ dell'anno _____ come da lista di liquidazione numero _____ allegata al presente atto quale parte integrante e sostanziale come da spesa preventivata nel bilancio di previsione anno _____”*.

In tutte le parti andrà utilizzato un linguaggio semplice e chiaro, anche se necessariamente tecnico e specifico, tale da rendere facilmente comprensibile a tutti i processi decisionali che hanno portato all'adozione dell'atto stesso.

25. Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati

L'articolo 15, comma 1, della legge n. 183 del 12 novembre 2011 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (c.d. legge di Stabilità 2012)", ha introdotto alcune sostanziali modifiche al D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445 (Testo Unico sulla documentazione amministrativa), volte a realizzare una completa de-certificazione nei rapporti tra P.A. e cittadini.

A decorrere infatti dal 1° gennaio 2012 i certificati relativi a stati, qualità personali o fatti, hanno validità solo nei rapporti tra privati, mentre nei rapporti tra Pubblica Amministrazione (compresi i gestori di pubblici servizi) e privati i certificati sono sostituiti dalle dichiarazioni sostitutive di certificazioni o da atto di notorietà.

Restano però esclusi da tali misure di semplificazione i certificati medici, sanitari e gli altri certificati di cui all'art. 49 del DPR n. 445/2000.

L'Azienda USL Umbria n.2, nel dare piena attuazione e applicazione alle sopra citate disposizioni, nei rapporti con i soggetti privati non accetta né richiede certificati o atti di notorietà relativi a stati, qualità personali o fatti.

Quanto alle certificazioni rilasciate dalle Strutture aziendali, per i procedimenti di loro competenza, esse riportano, a pena di nullità, la dicitura *"Il presente certificato non può essere prodotto agli organi della pubblica amministrazione o ai privati gestori di un pubblico servizio"* come previsto dal disposto normativo.

L'acquisizione d'ufficio delle informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive di cui agli artt. 46 e 47 del DPR n.445/2000, nonché di tutti i dati e documenti che siano in possesso delle PP.AA., si effettua attraverso la richiesta diretta dei dati alle PP.AA. che li detengono, previa indicazione da parte dell'interessato degli indispensabili elementi per il loro reperimento.

26. Nodo Smistamento Ordini (NSO).

L'articolo 2 del Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 7 dicembre 2018, come modificato e integrato dal DM 27 dicembre 2019, espone le linee guida da adottare per l'emissione, la trasmissione e la gestione degli ordini e degli altri documenti elettronici attestanti l'ordinazione di acquisto di beni e servizi mediante il Nodo di Smistamento degli Ordini (NSO), con riferimento agli enti del Servizio Sanitario Nazionale e ai soggetti che effettuano acquisti per i predetti enti.

Il Nodo Smistamento Ordini (NSO) è una rivoluzione nelle procedure di public procurement. Inizialmente previsto per il primo ottobre 2019, questo strumento è entrato in vigore dal febbraio 2020: per le aziende del Servizio Sanitario Nazionale e i loro fornitori scatterà l'obbligo di inviare esclusivamente in via telematica attraverso questo sistema gestionale i documenti attestanti gli ordini per l'acquisto di beni o servizi e la loro esecuzione. Una misura, quella dell'ordine elettronico per la sanità, di cui si parla già dal 2018, pensata come un passo in avanti nel processo di dematerializzazione dei processi pubblici.

Il Nodo di smistamento degli ordini (NSO) è il sistema tramite il quale amministrazioni pubbliche e fornitori, anche avvalendosi di intermediari, si scambiano i documenti elettronici attestanti l'ordinazione degli acquisti di beni e servizi.

La definizione di legge, come anticipato, precisa che il sistema gestionale NSO viene usato per lo scambio di documenti digitali attestanti gli ordini e la loro esecuzioni, scambio che avviene tra le aziende pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale e le aziende loro fornitrici.

Per fare un esempio dopo la pubblicazione di una gara d'appalto da parte dell'Azienda che necessita di un rifornimento di beni o di un servizio, la consultazione dei bandi sul Mepa da parte delle aziende private, la dimostrazione di interesse delle stesse, e infine la scelta, ovvero le fasi principali del processo di public procurement, i documenti relativi agli ordini non potranno più essere scambiati con le modalità tradizionali ma obbligatoriamente dovranno transitare dall'NSO.

La legge prevede in effetti che l'NSO si occupi, oltre che di gestire proprio lo scambio di tali documenti come visto, anche di controllare che siano corretti in ogni loro dettaglio, dati del pagamento compresi garantendo così ulteriori modalità di verifica e controllo.

Dal 01/01/2022 tale sistema è entrato a regime.

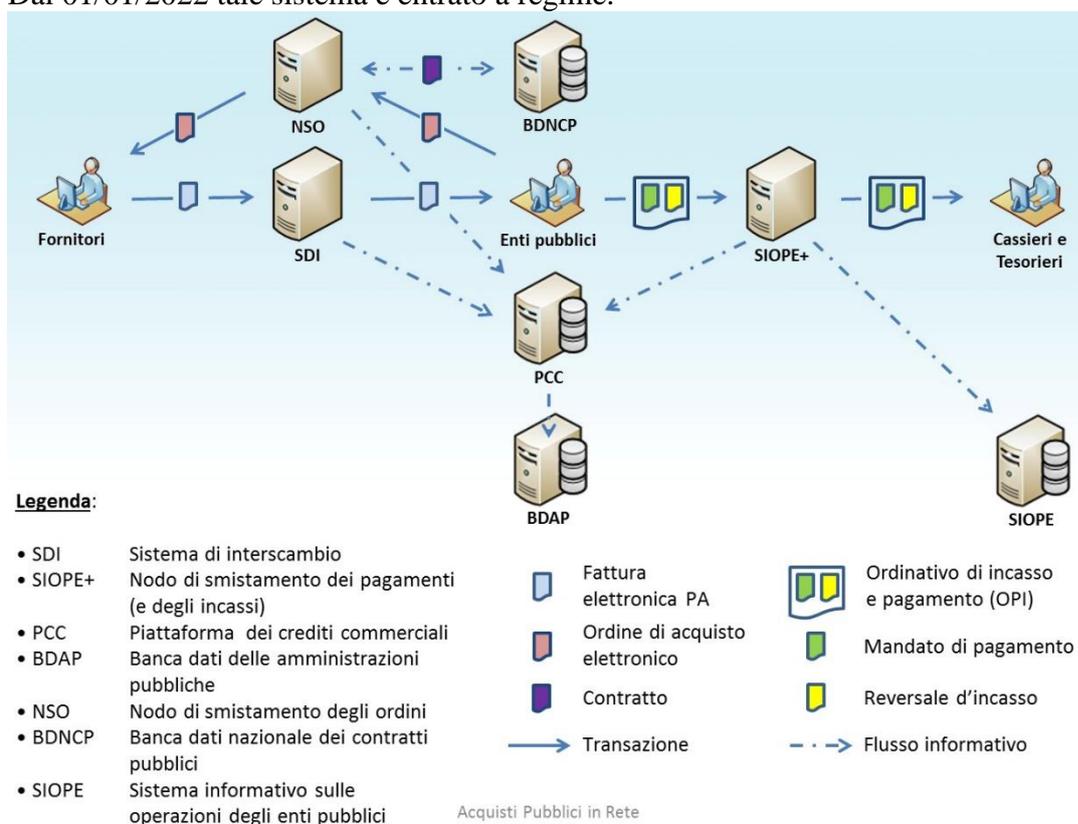


Figura 6 Sistema NSO – SDI

27. Procedimenti certificati in qualità - Regolamentazione procedimenti.

Gli standard di qualità per l'accreditamento dell'assistenza ospedaliera sono promossi ed attivati secondo il modello della Clinical Governance, per dare attuazione al cambiamento complessivo del sistema sanitario e fornire strumenti per lo sviluppo delle capacità organizzative necessarie ad erogare un servizio di assistenza di qualità, sostenibile, responsabile e centrato sui bisogni della persona

La USL Umbria n.2 è la prima azienda regionale ad aver ottenuto la certificazione di qualità ISO 9001:2008 per 39 strutture organizzative sanitarie (ospedaliere e territoriali) e amministrative.

La verifica effettuata e la certificazione ottenuta, ha formalmente riconosciuto l'impegno al miglioramento continuo e l'attenzione al paziente attraverso strumenti di misura ed analisi dei dati e dei risultati.

I certificatori hanno rilevato che il sistema di gestione per la qualità è rispettoso dei requisiti imposti dal modello di riferimento e coerente con le caratteristiche e le peculiarità della struttura



organizzativa esaminata. La conoscenza del sistema di qualità e l'approccio al rispetto delle regole ed al miglioramento continuo è ampiamente diffusa in tutti i processi aziendali. Il progetto di certificazione e accreditamento è la testimonianza pratica dell'uso del buon governo clinico in un modello semplice, fruibile e misurabile

rappresentando uno strumento di garanzia per il cittadino.

Con il regolamento n. 10 del 26/09/2018 la Regione Umbria ha aggiornato le modalità di accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private.

28. Obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari.

Gli obblighi di tracciabilità così come previsti dalle norme attualmente in vigore⁹, si articolano essenzialmente in tre adempimenti:

a) utilizzo di conti correnti bancari o postali dedicati alle commesse pubbliche, anche in via non esclusiva.

b) effettuazione dei movimenti finanziari relativi alle medesime commesse pubbliche esclusivamente con lo strumento del bonifico bancario o postale ovvero con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni;

c) indicazione negli strumenti di pagamento relativi ad ogni transazione del codice identificativo di gara (CIG) e, ove obbligatorio ai sensi dell'art. 11 della legge 16 gennaio 2003, n. 3, del codice unico di progetto (CUP).

L'Azienda USL Umbria n.2 adotta tale disciplina in tutte le operazioni contabili ed a tali principi si ispira.

29. Antiriciclaggio.

La vigente disciplina relativa agli obblighi in materia di antiriciclaggio, ha subito una importante modifica a seguito della entrata in vigore del D.Lgs. 4 ottobre 2019, n. 125 "Modifiche ed integrazioni ai decreti legislativi 25 maggio 2017, n. 90 e n. 92, recanti attuazione della direttiva (UE) 2015/849, nonché attuazione della direttiva (UE) 2018/843 che modifica la direttiva (UE) 2015/849 relativa alla prevenzione dell'uso del sistema finanziario ai fini di riciclaggio o finanziamento del terrorismo e che modifica le direttive 2009/138/CE e 2013/36/UE". Invero, in ossequio al dovere di recepimento dell'Italia della Direttiva (UE) 2018/843, è stato profondamente rimodellato il previgente impianto del D.Lgs. 231/2007 e del D.Lgs. 90/2017.

In attuazione delle disposizioni di cui alla citata normativa, verrà istituito, su impulso dei responsabili RT e RPC, un gruppo di lavoro al fine di redigere un regolamento aziendale in materia di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, da rimettere alla Direzione aziendale cui competerà l'individuazione del Gestore.

Il responsabile del Servizio Formazione Aziendale, provvederà a proporre percorsi formativi volti ad assicurare il riconoscimento da parte dei dipendenti delle fattispecie meritevoli di essere comunicate ai sensi della vigente normativa.

⁹ - Art. 3 della legge 13 agosto 2010 n. 136 "Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia"

- Delibera ANAC n. 556 del 31/5/2017 "Determinazione n. 4 del 7 luglio 2011 recante: "Linee guida sulla tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi dell'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136" aggiornata al decreto legislativo 19 aprile 2017, n. 56 recante "Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50".

Tutti i Responsabili delle strutture aziendali, nel procedere alla continua revisione ed integrazione della mappatura delle attività a maggior rischio corruttivo, dovranno considerare anche i rischi connessi alle fattispecie di cui all'art 10 del D.Lgs. 231/2007, lett. a), b) e c) e s.m.i. in materia di anticorruzione.

30. Disposizioni in tema di comodato d'uso, beni in visione e prova.

I beni che entrano nella disponibilità dell'azienda, a qualsiasi titolo giuridico, devono essere censiti/registratori nelle modalità previste dalla delibera DG n. 1155/2013 contenente il regolamento sull' inventario dei beni mobili.

Un'attenzione particolare va rivolta, pertanto, ad alcune modalità di ingresso dei beni all'interno dell'organizzazione sanitaria, diverse rispetto agli ordinari canali di approvvigionamento.

In presenza di beni in comodato d'uso, la proposta che evidenzia costi connessi all'utilizzo del bene a carico della Azienda USL Umbria n.2, non deve essere accettata ove preveda corrispettivi economici in favore del soggetto proponente o, comunque di un soggetto predeterminato.

Per quanto concerne i beni in visione e prova, invece, qualsiasi onere economico inclusi i materiali di consumo devono essere a carico esclusivo del soggetto proponente.

Facendo espresso riferimento alla citata delibera, tutti i beni in utilizzo a titolo di visione o prova, con le limitazioni normative vigenti, non devono essere inventariati, ma vanno rilevati ed annotati in un apposito registro a carico e scarico. Per i beni in visione e prova è consentito l'ingresso in Azienda solo ed esclusivamente dietro autorizzazione dei Direttori Sanitario di Presidio e di Distretto, dei Servizi Sociali, del Direttore del Dipartimento di Prevenzione, di Salute Mentale, di Assistenza Farmaceutica, dei Dirigenti di Servizi ed uffici amministrativi che comunicheranno per iscritto l'autorizzazione alla visione in prova od il diniego di autorizzazione. Nel primo caso, l'autorizzazione sarà trasmessa al richiedente ed al Servizio Attività Tecniche, Manutenzioni ed Ingegneria Clinica per gli adempimenti di competenza previsti dal regolamento e comunque necessari ed opportuni. Nel secondo caso non è assolutamente consentito l'ingresso in Azienda e tanto meno l'utilizzo di beni per i quali non vi sia la predetta autorizzazione ed il collaudo ove previsto.

Con riferimento alle fattispecie in esame si dispone come misura ulteriore di trasparenza e quindi di prevenzione della corruzione, la pubblicazione sul sito istituzionale del seguente set minimo di dati:

Dati del rapporto di comodato o valutazione in prova	
Fornitore richiedente	
Servizio utilizzatore	
Tipologia di bene	
Titolo giuridico di ingresso del bene	
Durata/termini di scadenza	
Valore economico del bene	
Eventuali costi per l'azienda sanitaria correlati all'utilizzo del bene (es. materiali di consumo)	

Figura 7 Griglia da redigere per pubblicazione dati comodato e valutazioni in prova portale web aziendale.

Tutti i beni utilizzati dalla Azienda USL Umbria n.2 a titolo di comodato sono inventariati ed annotati sulla scheda tecnica che contiene specifiche informazioni a riguardo. In tal caso l'acquisizione del bene al termine del periodo di comodato il Servizio Acquisizione Beni e Servizi provvede alla comunicazione dell'avvenuta acquisizione in proprietà del bene medesimo al Servizio Patrimonio. In caso contrario, cioè di non acquisizione del bene, spetta al consegnatario e/o sub-consegnatario del servizio cui il bene è stato assegnato, provvedere alla restituzione del medesimo al

soggetto giuridico fornitore entro i termini indicati nel contratto, dandone comunicazione formale al Servizio Patrimonio.

31. Disposizioni in tema di donazioni e lasciti.

L'Azienda USL Umbria n.2 con Delibera del Direttore Generale n. 491 del 20/05/2015 si è dotata del regolamento in materia di accettazione di donazioni e lasciti, nel quale, fra l'altro, all'art. 3 sono individuati i principi di carattere generale nel rispetto dei quali, a seguito di una valutazione multidisciplinare rispondente ai criteri ivi descritti, l'Azienda può accettare donazioni.

Considerando la trasparenza quale misure di rafforzamento della prevenzione della corruzione l'Azienda USL Umbria n.2 provvede alla pubblicazione sul proprio sito web aziendale, oltre ai vari atti amministrativi normalmente pubblicati, di una scheda riassuntiva contenente tutti i dati essenziali della donazione e/o lascito.

In tal senso si dispone, pertanto, come una misura ulteriore di trasparenza, l'integrazione delle informazioni sul sito istituzionale relative alle tecnologie introdotte attraverso le predette modalità, prevedendo il seguente set minimo di dati:

Dati donazioni	
Numero e data delibera accettazione	
Il donatore	
L'utilizzatore	
Oggetto della donazione	
Valore economico della donazione	
Eventuali costi per l'azienda sanitaria correlati all'utilizzo della donazione (es. materiali di consumo)	
Motivazione della mancata accettazione	

Figura 8 Griglia da redigere per pubblicazione dati donazioni portale web aziendale.

32. Donazioni di somme di denaro.

A seguito degli eventi sismici del 24 agosto, del 26 ottobre e, soprattutto, del 30 ottobre 2016 che hanno interessato in maniera rilevante il territorio della UsI Umbria n. 2 e che hanno compromesso diverse strutture sanitarie, in particolare quelle site nel Comune di Norcia e nel Comune di Cascia, diversi soggetti singoli e altre istituzioni o associazioni si sono rivolti all'UsI Umbria n. 2, esprimendo il desiderio di effettuare donazioni in denaro finalizzate specificamente a cofinanziare progetti di ripristino delle strutture sanitarie danneggiate o, comunque, all'acquisto di attrezzature, strumentazioni sanitarie, beni e servizi per la riorganizzazione delle attività socio - sanitarie erogate alle popolazioni colpite.

Le donazioni effettuate per tali finalità dovranno indicare la causale al fine di dare alla USL Umbria 2 la possibilità di mantenere il vincolo di destinazione d'uso delle donazioni.

Le donazioni in denaro che perverranno saranno cumulate fino a raggiungere la somma necessaria per acquisire un determinato bene o servizio.

Di tutte le donazioni versate sul conto corrente postale o sul conto corrente bancario con causale "Donazione pro terremotati" sarà dato conto nel sito web dell'Azienda <http://www.uslumbria2.it/>, sia al link <http://www.uslumbria2.it/notizie/in-primo-piano>, nell'apposita sezione dedicata alla raccolta aggiornata delle informative e disposizioni aziendali e regionali a seguito degli eventi sismici, sia in Amministrazione Trasparente.

Qualora il donante voglia essere menzionato con cognome e nome dovrà espressamente richiederlo avendo consapevolezza e conoscenza:

- Dell'informativa di cui all'allegato 18;

- Del fatto che il cognome e nome del richiedente verranno pubblicati sul sito web aziendale nella sezione “Amministrazione trasparenza”

Per le donazioni elargite da soggetti diversi da persona fisica verranno comunque pubblicati gli estremi del donatore.

Donazioni di somme di denaro					
Donatore	Importo donazione	Destinazione	Utilizzo fondi		
			Individuazione beni/servizi da acquisire	Attivate procedure di acquisizione in data	Acquisizione in data

Figura 9 Griglia da redigere per pubblicazione dati donazioni e lasciti portale web aziendale.

33. Erogazioni liberali a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID-19

Si fa riferimento all'art. 99 del decreto legge 17 marzo 2020, n.18¹⁰ che contiene previsioni rivolte al Dipartimento della Protezione Civile, agli Enti del SSN, e, più in generale, alle pubbliche amministrazioni, e definisce specifici obblighi di trasparenza per tutti questi soggetti che ricevono erogazioni liberali.

In particolare, il co. 5 dell'art. 99, come modificato dal decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, impone a ciascuna pubblica amministrazione beneficiaria di attuare un'apposita rendicontazione separata, per la quale è anche autorizzata l'apertura di un conto corrente dedicato presso il proprio tesoriere, assicurandone la completa tracciabilità. La norma dispone inoltre che, al termine dello stato di emergenza nazionale da COVID-19, tale separata rendicontazione dovrà essere pubblicata da ciascuna pubblica amministrazione beneficiaria sul proprio sito internet al fine di garantire la trasparenza della fonte e dell'impiego delle suddette liberalità.

L'Autorità ha ricevuto diverse segnalazioni sull'asserita mancanza di trasparenza delle erogazioni liberali in natura e in denaro, nell'ambito delle raccolte fondi per l'emergenza COVID-19 e, pertanto la stessa¹¹, per facilitare le amministrazioni nell'attuazione dell'obbligo di pubblicazione introdotto e garantire la conoscibilità delle erogazioni a tutti gli interessati secondo uno schema uniforme che consenta anche la comparazione dei dati essenziali, ha elaborato congiuntamente con il MEF un modello con cui rendicontare le erogazioni liberali ricevute. Il modello, allegato al presente comunicato, è disponibile sul sito istituzionale dell'Autorità.

Resta fermo che, per favorire la massima trasparenza, tali contenuti possono essere integrati con ulteriori dati relativi alle campagne di raccolta fondi, in una logica di rendicontazione sulla gestione delle risorse messe a disposizione delle amministrazioni.

In quest'ottica, a titolo esemplificativo, potrebbero essere oggetto di pubblicazione, anche in forma aggregata, purché privi di dati personali, i dati relativi agli interventi finanziati, il relativo cronoprogramma, lo stato di avanzamento di eventuali lavori finanziati/sovvenzionati, i fondi residui rimasti inutilizzati da imputare a riserve in bilancio. Il modello, disponibile in formato word, è

¹⁰ Art. 99 “Erogazioni liberali a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID-19” del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, recante “Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”, convertito con legge 24 aprile 2020, n. 27.

¹¹ Comunicato ANAC del 29/07/2020

https://www.anticorruzione.it/portal/public/classic/AttivitaAutorita/AttiDellAutorita/_Atto?ca=7928

articolato in tre sezioni - anagrafica, tabellare e illustrativa – in cui dovranno essere descritte le attività svolte con le somme donate.

Il rendiconto è pubblicato nella sezione “Amministrazione Trasparente”, sottosezione di primo livello, “Interventi straordinari e di emergenza”, contenente i dati previsti dall’art.42 del d.lgs. 33/2013, e periodicamente aggiornato (ogni tre mesi) anche per dare conto di eventuali fondi pervenuti dopo la cessazione dello stato di emergenza.

Resta fermo che le erogazioni liberali in denaro ricevute devono comunque essere contabilizzate dalle amministrazioni pubbliche sulla base delle regole contabili che presidono al loro funzionamento.

ANAC¹², facendo seguito alle richieste di chiarimenti pervenute in merito alla corretta compilazione del Modello fornito, ha fornito le seguenti precisazioni in merito alla compilazione del rendiconto:

a) nella sezione “Uscite” del rendiconto vanno indicati gli estremi delle fatture di acquisto di beni e servizi. Per ogni acquisto è precisata la data, il numero della fattura con causale dell’acquisto e l’importo della stessa;

b) nella sezione “Entrate” l’amministrazione/ente può valutare se indicare il provvisorio di entrata oppure quello del relativo ordinativo d’incasso concernente l’importo donato;

c) a tutela della riservatezza del donante, le donazioni non debbono contenere dati personali riconducibili allo stesso. A tal riguardo è sufficiente, a fini di trasparenza, che alle donazioni sia associato solo un numero o un codice identificativo;

d) il modello va redatto in formato di dati di tipo aperto (allegato n. 22).

USCITE			ENTRATE		
Data	Documento	Importo	Data	Documento	Importo
TOTALE USCITE		_____	TOTALE ENTRATE		_____
AVANZO/DISAVANZO					

Figura 10 Report sul monitoraggio erogazioni liberali contrasto emergenza COVID.

34. Dati aggregati relativi all’attività amministrativa.

L’art. 43 del d.lgs. 97/2016 ha abrogato l’intero art. 24 del d.lgs. 33/2013 che si riferiva alla pubblicazione sia dei dati aggregati sull’attività amministrativa sia dei risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali effettuato ai sensi dell’art. 1, co. 28, della l. 190/2012. Pur rilevandosi un difetto di coordinamento con la l. 190/2012, precisa ANAC che il monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali, in virtù dell’art. 1, comma 28, della l. 190/2012, costituisce, comunque, misura necessaria di prevenzione della corruzione¹³.

L’Azienda USL Umbria n.2 provvede quindi al monitoraggio periodico del rispetto dei tempi procedurali attraverso la tempestiva eliminazione delle anomalie.

Pertanto tutti i Servizi interessati dovranno produrre entro il 30 novembre di ogni anno, con riferimento ai 12 mesi precedenti, il report contenente i dati raggruppati secondo lo schema seguente:

¹² Comunicato ANAC del 07/10/2020

<https://www.anticorruzione.it/portal/public/classic/AttivitaAutorita/AttiDellAutorita/ Atto?ca=7927>

¹³ delibera ANAC n. 1310/2016 «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»

Report monitoraggio dati aggregati attività amministrativa (art. 1 comma 28 L. 190/2012)				
Denominazione struttura: _____				
Tipologia di procedimento	Numero dei provvedimenti conclusivi dei procedimenti	Termine di conclusione del procedimento	Rispetto dei tempi procedurali	Indicare le motivazione sul mancato rispetto dei tempi

Figura 11 Report sul monitoraggio dell'attività amministrativa.

35. Centrale Regionale per gli Acquisti in Sanità (CRAS).

Ai sensi dell'art. 9 della legge regionale dell'Umbria n.9 del 29/04/2014, è costituita la Centrale di Acquisto per la Sanità (CRAS) con i compiti di assicurare l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse del Servizio Sanitario Regionale mediante la razionalizzazione della spesa sanitaria, per forniture e servizi, rispetto ai principi di efficacia, efficienza ed economicità delle procedure e delle attività contrattuali attraverso l'aggregazione e la riqualificazione della domanda di beni e servizi.

Umbria Salute - CRAS è stata riconosciuta dall'ANAC con propria delibera del 23/07/2015, Soggetto Aggregatore ai sensi dell'art.9 comma 1 del D.L. 66/2014, e pertanto la stessa partecipa al Tavolo dei Soggetti Aggregatori istituito presso il MEF.

La Centrale regionale di acquisto per la Sanità (CRAS), ha il compito di assicurare l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse del Servizio sanitario regionale mediante:

- razionalizzazione della spesa sanitaria per forniture e servizi;
- rispetto dei principi di efficacia ed efficienza ed economicità delle procedure e delle attività contrattuali, anche attraverso l'aggregazione e la riqualificazione della domanda di beni e servizi;
- imparzialità, trasparenza e regolarità della gestione dei contratti pubblici;
- prevenzione della corruzione e del rischio di eventuali infiltrazioni mafiose.

36. Uso improprio di auto di servizio

Facendo riferimento alla recente delibera ANAC 747/2021 ed alle azioni ivi previste a carico delle Aziende, si fa qui espresso riferimento alla delibera del Direttore Generale n. 900 del 17/09/2015 avente ad oggetto "Adozione regolamento Servizio Autoparco AUSL UMBRIA N. 2". Tale regolamento detta stringenti norme e misure specifiche per presidiare eventuali usi impropri delle auto di servizio. Si fa in particolare riferimento al Capo III "Disciplina di utilizzo degli automezzi"¹⁴.

¹⁴ Art. 8 "Gli addetti del Servizio Autoparco e i Responsabili dei Servizi periferici assegnatari di automezzi dovranno impartire le necessarie disposizioni affinché:

- gli autoveicoli siano usati correttamente in modo da garantire la validità, l'efficacia e l'applicabilità delle condizioni assicurative;
- gli autoveicoli non siano adibiti a trasporto di persone e/o merci eccedenti le quantità previste dal libretto di circolazione e di quelle di "Uso e Manutenzione";
- lo strumento contachilometri non sia manomesso e/o danneggiato;
- gli autoveicoli siano sempre condotti con la diligenza del "buon padre di famiglia";
- gli autoveicoli siano condotti seguendo scrupolosamente le norme del Codice della Strada ed assumendosi qualsiasi conseguenza per eventuali infrazioni alle disposizioni dello stesso (in caso di infrazioni vedasi disposizione art. 23);
- gli autoveicoli devono essere sempre condotti da persone autorizzate dal Servizio e abilitate alla guida come previsto dalle norme vigenti;

37. Misure per l'alienazione degli immobili.

L'art. 30 del D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii., richiede la pubblicazione delle informazioni identificative degli immobili (ad es. tipo, dimensione, localizzazione, valore) a qualsiasi titolo posseduti o detenuti (ad es. proprietà e altri diritti reali, concessione ecc.), dei canoni di locazione o di affitto versati o percepiti dalle amministrazioni.

L'Azienda USL Umbria 2 rende disponibili i dati contenuti nella seguente griglia:

ALIENAZIONE DEGLI IMMOBILI	
modalità di messa a reddito di ciascun immobile, ovvero vendita o locazione con le relative procedure e/o altre modalità di utilizzo	
patrimonio non utilizzato per finalità istituzionali o di cui non è previsto un utilizzo futuro, nell'ambito di piani di sviluppo aziendali	tipo
	dimensione
	localizzazione
	valore
esito delle procedure di dismissione/locazione	
redditività delle procedure	valore
	prezzo vendita
	ricavato

Figura 12 Griglia da redigere per pubblicazione alienazione immobili portale web aziendale.

38. Relazione annuale del RPC e del RT.

Entro il 15 dicembre di ogni anno, o alla diversa scadenza fissata da ANAC¹⁵, il RPC trasmette al O.I.V. ed al Direttore Generale una relazione recante i risultati dell'attività svolta e la pubblica nel sito web dell'amministrazione.

Il RPC può essere chiamato dall'O.I.V. a fornire chiarimenti e/o documenti in merito al contenuto della relazione.

La relazione relativa all'anno 2024 è stata redatta nel rispetto delle indicazioni/format forniti da ANAC, pubblicata entro il 31/01/2025.

39. Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro

Il rischio preso in considerazione dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa artificialmente preconstituersi delle situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. La norma prevede quindi una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare eventuali accordi fraudolenti.

- gli autoveicoli non devono essere utilizzati per trasporto di persone dietro compenso, per competizioni di qualsiasi natura, per trainare o spingere altro autoveicolo;
- il conducente provvede tempestivamente alla denuncia di qualsiasi sinistro eventualmente accaduto all'autoveicolo con specifica comunicazione al Servizio Autoparco così come previsto al successivo articolo 17;
- gli autoveicoli devono essere custoditi garantendo la migliore conservazione e manutenzione degli stessi.

¹⁵ Per la relazione anno 2024 la scadenza è fissata al 31/01/2025.

Si tratta dell'impossibilità per i dipendenti¹⁶ che abbiano cessato il rapporto lavorativo e che abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda di svolgere, nei tre anni successivi a tale cessazione, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'Azienda¹⁷.

Si precisa che il divieto di pantouflage si applica non solo al soggetto che abbia firmato l'atto ma anche a coloro che abbiano partecipato al procedimento (dirigenti, funzionari e più in generale dipendenti che hanno comunque avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto del provvedimento finale, collaborando all'istruttoria, ad esempio attraverso la elaborazione di atti endoprocedimentali obbligatori [pareri, perizie, certificazioni] che vincolano in modo significativo il contenuto della decisione).

Per dare concreta attuazione alla disposizione di cui all'articolo 53 comma 16 ter D.Lgs. 165/2001 così come aggiornato dall'art.1 comma 43 della legge 190/2012, dovranno essere adottate le seguenti iniziative:

➤ all'atto di assunzione del personale nel relativo contratto individuale di lavoro dovrà essere inserita la seguente clausola "ove negli ultimi tre anni di servizio, il dipendente eserciti poteri autoritativi o negoziali è fatto divieto allo stesso, per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, di svolgere attività lavorativa di tipo subordinato od autonomo presso soggetti privati destinatari dell'attività svolta attraverso i suddetti poteri¹⁸;

➤ previsione nella determina dirigenziale che formalizza la cessazione del rapporto di lavoro di dipendenti della seguente clausola: "Qualora il dipendente negli ultimi tre anni di servizio, abbia esercitato poteri autoritativi o negoziali, allo stesso è fatto divieto, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, di svolgere attività lavorativa di tipo subordinato od autonomo presso i soggetti privati destinatari dell'attività svolta attraverso i suddetti poteri¹⁹;

➤ i contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dall' art. 53 c. 16 D.Lgs. 165/2001 sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti. Pertanto si stabilisce di prevedere nei bandi di gara o negli atti preliminari all'affidamento, anche mediante procedura negoziata, della sussistenza della condizione soggettiva (da certificare con apposita dichiarazione sostitutiva) di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda per il triennio successivo alla cessazione del rapporto con specifica, nel caso di violazione, dell'esclusione dalla procedura di affidamento, ferme restando le altre conseguenze previste dalle specifiche disposizioni normative.

➤ consegna al dipendente di una scheda informativa con acquisizione della sottoscrizione, secondo il modello riportato in allegato "Modulistica" al PTPCT a cura della Direzione del personale.

40. Patto integrità.

In attuazione dell'art.1 comma 17 della L. 190/2012 l'Azienda USL Umbria n.2, predispone ed utilizza patti d'integrità quale misura di prevenzione alla corruzione.

Il Patto di Integrità è un accordo volontario tra l'Azienda USL Umbria n.2 e un operatore economico (es. un'impresa) che partecipa ad una gara d'appalto. Questo strumento giuridico ha lo scopo di prevenire e contrastare la corruzione, assicurando la trasparenza e la correttezza nei rapporti contrattuali.

Il patto di integrità contiene:

¹⁶ D.lgs 39/2013 Art. 21

¹⁷ Vedi §9 del PNA 2018.

¹⁸ D.Lgs. 165/2001 art. 53 comma 16 ter

¹⁹ D.Lgs. 165/2001 art. 53 comma 16 ter

- Dichiarazioni dell'operatore economico: L'impresa si impegna a non commettere reati, a non offrire o promettere utilità a pubblici ufficiali, a rispettare le leggi e le normative vigenti.
- Misure preventive: L'impresa, ove possibile, si obbliga ad adottare misure organizzative interne per prevenire la corruzione, come codici etici, sistemi di controllo interno e procedure di segnalazione.
- Clausole risolutive espresse: In caso di violazione del patto, il contratto può essere risolto di diritto, senza necessità di alcuna formalità.
- Collaborazione con le autorità: L'impresa si impegna a collaborare con le autorità inquirenti in caso di illeciti.

Si tratta di impegni tra i soggetti coinvolti che rafforzano i vincoli previsti dalla normativa antimafia con forme di controllo volontarie non previste dalla predetta normativa.

Nello specifico si tratta di un complesso di regole di comportamento finalizzato alla prevenzione del fenomeno corruttivo e volto a valorizzare comportamenti eticamente adeguati.

L'Azienda USL Umbria n.2 in qualità di stazione appaltante inserisce negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito la clausola di salvaguardia secondo la quale la mancata accettazione del patto d'integrità dà luogo all'esclusione dalla gara.

Parimenti, unitamente al contratto, il fornitore è chiamato alla sottoscrizione del patto di integrità, il cui mancato rispetto è causa di risoluzione del contratto stesso.

Tali patti sono istituzionalizzati per l'Azienda USL Umbria n. 2 nei modelli contenuti nell'allegato "Modulistica" al PTPCT, redatti per far fronte a diverse fattispecie:

- Patto di integrità da inserire nella documentazione di gara che verrà predisposta per le procedure di affidamento di lavori, beni, servizi e forniture,
- Patto di integrità da sottoscrivere contestualmente ai contratti e agli accordi/convenzioni con i fornitori contratti con privati accreditati secondo il modello aziendale.

41. Dichiarazione pubblica di interessi – Doni ricevuti.

Per questa fattispecie si rinvia integralmente alla disciplina introdotta nel codice di comportamento. Il dipendente in presenza di doni e regali nei limiti consentiti dalla normativa, deve compilare la dichiarazione pubblica di interessi.

42. Protocollo d'Intesa tra la Regione Umbria e il Comando Regionale dell'Umbria della Guardia di Finanza.

Con DGR Umbria n. 437 dell'11/05/2022 è stato approvato il Protocollo d'intesa sottoscritto tra la Regione dell'Umbria ed il Comando Regionale dell'Umbria della Guardia di Finanza al fine di prevenire e contrastare condotte illecite nel Settore della spesa sanitaria regionale

Con successiva deliberazione del Direttore Generale n. 1155 del 20/07/2022 l'Azienda USL Umbria n.2 ha provveduto al Recepimento della stessa DGR n. 437/2022.

Tale Protocollo ha lo scopo di rafforzare le azioni a tutela della legalità dell'azione amministrativa relativa all'utilizzo di risorse finanziarie pubbliche, con particolare riguardo alla spesa sanitaria regionale. Come ivi esplicitato, il suddetto obiettivo sarà perseguito promuovendo articolate e generali modalità di cooperazione inter istituzionale tra la Regione Umbria e il Comando Regionale Umbria, tali da garantire più efficacemente le attività di prevenzione e repressione delle violazioni in tale comparto, oggetto di finanziamento pubblico, nazionale ed europeo, e la definizione delle misure volte a prevenire, ricercare e contrastare condotte lesive degli interessi economici e finanziari pubblici nel settore della spesa sanitaria regionale ed, in particolare, con riferimento:

- alle strutture convenzionate;
- alle modalità prescrittive ritenute potenzialmente anomale di medicinali, protesi ed ausili a carico del Servizio Sanitario Nazionale;

- alle autocertificazioni, su base reddituale, delle esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria e delle fasce di reddito che determinano il pagamento di ticket aggiuntivi introdotti da norme regionali e/o nazionali;
- all’acquisizione di beni, strumentazione e materiali, con particolare riferimento alle grandi apparecchiature sanitarie;
- all’esercizio della libera professione medica;
- ad altre aree di attività del Servizio Sanitario Regionale convenute fra le parti.

Ai fini di consentire la corretta attuazione della convenzione in parola, pertanto, le risorse aziendali:

- metteranno a disposizione della Direzione Aziendale e della Regione dell’Umbria dati, notizie, informazioni, analisi di contesto;
- segnaleranno, in modo motivato, le misure e/o i contesti su cui ritiene opportuno siano indirizzate eventuali attività di analisi e approfondimento, fornendo informazioni ed elementi ritenuti utili;
- forniranno:
 - *input* informativi qualificati di cui sia venuta a conoscenza in ragione delle funzioni esercitate, selezionati sulla scorta di preliminari approfondimenti;
 - informazioni e notizie circostanziate, acquisite nell’esercizio delle proprie funzioni di monitoraggio e controllo, ritenuti rilevanti per la repressione di irregolarità, frodi ed abusi di natura economico finanziaria.

La conoscenza di tali dati ed attività, inoltre, sarà di massima importanza anche per il Responsabile della Prevenzione della Corruzione – RPC che è chiamato ad aggiornare annualmente, in perfetta sinergia e sincronia con la Direzione ed i Servizi Aziendali, il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza – PTPCT, creando, irrobustendo, aggiornando, integrando le misure organizzative interne utili a contrastare eventuali fenomeni corruttivi.

Tutti i servizi coinvolti devono quindi monitorare costantemente le attività che costituiscono oggetto della convenzione di cui trattasi, acquisendo idonei elementi conoscitivi e proponendo alla Direzione Aziendale e al RPCT misure volte a prevenire, ricercare e contrastare condotte lesive degli interessi economici e finanziari pubblici nel settore della spesa sanitaria regionale e coinvolgere tutti i propri collaboratori al fine di renderli parte integrante nei processi aziendali in tutte le diverse sfaccettature ed al fine di ottenere elementi e proposte provenienti da prospettive e professionalità diverse.

Con nota protocollo 0201645 del 23/09/2022 si è provveduto a diffondere fra i Servizi Aziendali i contenuti del protocollo d’intesa, responsabilizzando i dirigenti delle macrostrutture ed invitandoli a:

- monitorare costantemente le attività che costituiscono oggetto della convenzione acquisendo idonei elementi conoscitivi;
- valutare e proporre alla Direzione Aziendale e al RPCT misure volte a prevenire, ricercare e contrastare condotte lesive degli interessi economici e finanziari pubblici nel settore della spesa sanitaria regionale;
- valutare e proporre percorsi organizzativi migliorativi da inserire nel PTPCT;
- coinvolgere tutti i propri collaboratori al fine di renderli parte integrante nei processi aziendali in tutte le diverse sfaccettature ed al fine di ottenere elementi e proposte provenienti da prospettive e professionalità diverse.

43. Formazione dei dipendenti – Cultura della legalità.

La partecipazione a percorsi formativi consente di adempiere ad uno specifico obbligo normativo, atteso che la formazione obbligatoria in materia di obblighi dei lavoratori e Codici di comportamento è prevista da:

1) art. 54, comma 7, D.Lgs 165/01 e s.m.i.: “Le pubbliche amministrazioni verificano annualmente lo stato di applicazione dei codici e organizzano attività di formazione del personale per la conoscenza e la corretta applicazione degli stessi”.

2) art. 15, comma 5, d.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 (Codice di comportamento dei dipendenti pubblici): “Al personale delle pubbliche amministrazioni sono rivolte attività formative in materia di trasparenza e integrità, che consentano ai dipendenti di conseguire una piena conoscenza dei contenuti del codice di comportamento, nonché un aggiornamento annuale e sistematico sulle misure e sulle disposizioni applicabili in tali ambiti”.

3) art. 1, legge 6 novembre 2012, n. 190 (cd. “legge anticorruzione”).

Pertanto l’Azienda USL Umbria n. 2 ha provveduto ad inserire nei propri Piani Formativi Aziendali²⁰ le attività formative in materia di prevenzione della corruzione ed in materia di trasparenza.

Tale percorso formativo iniziato già nel 2018 ha coinvolto i dipendenti neoassunti ed i dipendenti dei ruoli amministrativi e tecnici ed ha previsto n.21 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) e coinvolto circa 1.300 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 formative in modalità on line.

L’acquisizione nel 2020 di una nuova piattaforma per l’erogazione di formazione a distanza ha consentito di raggiungere discenti in servizio presso le diverse sedi aziendali.

Dal 2023 la Regione Umbria ha razionalizzato la programmazione degli interventi formativi in sanità, prevedendo una competenza centralizzata per la predisposizione e attuazione dei piani formativi sulla base delle proposte formulate dalle Aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere. Il Piano unico di formazione regionale in sanità deliberato nel marzo 2023 ha previsto specifiche iniziative formative in materia di prevenzione della corruzione.

I criteri per l’individuazione degli operatori da selezionare per le attività formative tengono conto dei seguenti principi:

- devono essere formati tutti i dipendenti;
- devono essere formati prioritariamente coloro i quali sono assegnati a servizi con esposizione al rischio alto di corruzione e di seguito tutti gli altri.

I responsabili delle articolazioni aziendali comunicano al responsabile del Servizio Formazione i nominativi dei dipendenti che di volta in volta partecipano ad eventi formativi e organizzano presso le rispettive strutture/servizi/uffici degli incontri formativi brevi nel corso dei quali gli operatori che hanno partecipato ai programmi di formazione aziendali espongono le indicazioni essenziali apprese, assicurando così, con un percorso a cascata, la più ampia divulgazione delle tematiche relative alla prevenzione e al contrasto della corruzione.

I Responsabili delle articolazioni aziendali danno riscontro di tali attività al Responsabile della prevenzione della corruzione, almeno annualmente entro il 30 novembre.

44. Canali di ascolto.

Poiché uno degli obiettivi strategici principali dell’azione di prevenzione della corruzione è quello dell’emersione dei fatti di cattiva amministrazione e di fenomeni corruttivi, è particolarmente importante il coinvolgimento dell’utenza e l’ascolto della cittadinanza. In questo contesto, si collocano le azioni di sensibilizzazione, che sono volte a creare dialogo con l’esterno per implementare un rapporto di fiducia e che possono portare all’emersione di fenomeni corruttivi altrimenti “silenti”.

Un canale che può fornire importanti elementi per comprendere, valutare e valorizzare l’ascolto dei cittadini può essere rappresentato dai reclami e dagli elogi che gli stessi possono rivolgere

²⁰ delibera del Direttore Generale n. 200/2022

all'Azienda. Il Servizio Formazione, Comunicazione e Relazioni Esterne è la struttura competente alla ricezione delle segnalazioni. Detto Servizio avrà cura di trasmettere entro il 30 novembre di ogni anno l'elenco dei reclami/elogi inserendo i dati come descritto nella seguente griglia di rilevazione:

Data	Oggetto	Ulteriori considerazioni

Figura 13 Griglia report reclami/elogi

45. Enti controllati.

Per tale fattispecie si fa riferimento alla determinazione ANAC n. 8 del 17 giugno 2015 «Linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici». Dal quadro normativo ed interpretativo tracciato con tale determinazione emerge con evidenza l'intenzione del legislatore di includere anche le società e gli enti di diritto privato controllati e gli enti pubblici economici fra i soggetti tenuti all'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, intenzione ulteriormente rafforzata proprio dai recenti interventi normativi che, come visto sopra in materia di trasparenza, sono chiaramente indirizzati agli enti e alle società in questione. La ratio sottesa alla legge n. 190 del 2012 e ai decreti di attuazione appare, secondo la determinazione in parola, quella di estendere le misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza, e i relativi strumenti di programmazione, a soggetti che, indipendentemente dalla natura giuridica, sono controllati dalle amministrazioni pubbliche, si avvalgono di risorse pubbliche, svolgono funzioni pubbliche o attività di pubblico interesse.

Pertanto con il presente Piano si dà atto che costituisce compito del R.P.C. la verifica dell'adempimento delle previsioni contenute nella determinazione ANAC 8/2015 da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici.

A seguito della suindicata operazione di fusione per incorporazione, dalla data del 01.01.2022 risulterà operativa la sola "PuntoZero S.c.ar.l." con i seguenti riferimenti:

RAGIONE SOCIALE della Società di cui si detiene una quota di partecipazione: PuntoZero S.c.a r.l.Sede: Via E. Dal Pozzo s.n.c. – Perugia

Funzioni attribuite e attività svolte in favore dell'Az. USL Umbria 2: Precedenti funzioni attribuite e svolte da Umbria Salute e Servizi e Umbria Digitale S.c.a r.l.

Misura partecipazione da parte dell'Az. USL Umbria 2: 1,365112%

Durata dell'impegno: 31 dicembre 2050

Numero di rappresentanti dell'amministrazione nell'organo di governo: 1

C.F./PIVA Iscr. Reg. Imp.: 02915750547

Telefono: 075/54291

Sito Web: www.puntozeroscarl.it

PEC: puntozeroscarl@pec.it

Con delibera del DG n. 0002624 del 30/12/2024 si è approvato il provvedimento di razionalizzazione periodica ex art. 20, comma 1, del D.Lgs. 175/2016, come modificato dal D.Lgs. 16 giugno 2017, n.100, con il quale viene effettuata un'analisi dell'assetto complessivo delle società in cui l'AUSL Umbria 2 detiene partecipazioni pubbliche e la Scheda Revisione Periodica delle partecipazioni e la "Scheda di Partecipazione", relativa al censimento delle partecipazioni pubbliche detenute al 31.12.2023 e la "Scheda Rappresentante", relativa al censimento dei rappresentanti delle Amministrazioni presso organi di governo, società ed enti, partecipati e non partecipati per l'anno 2023.



Il RPC ha verificato che nella sezione Amministrazione Trasparente – Altri contenuti – prevenzione della corruzione”, Punto Zero scarl ha adottato e pubblicato:

- la relazione RPCT anno 2024
- il PTPCT triennio 2024-2026
- il PTPCT triennio 2025-2027 è pubblicato in modalità consultazione alla data di redazione del PTPCT dell’Azienda USL Umbria n.2.

46. Partecipazione a corsi/convegni/seminari.

Si fa riferimento ai casi in cui uno sponsor assicura, in toto od in parte, la copertura finanziaria delle spese (per viaggio, ospitalità, iscrizione ...) o degli oneri (quali compensi per attività di docenza, tutoraggio, ...) connessi alla partecipazione ad un evento/progetto formativo organizzato all'esterno dell'Azienda, di uno o più dipendenti.

Per tali fattispecie si stabiliscono le seguenti regole e limitazioni:

➤ La proposta deve pervenire con congruo anticipo direttamente alla direzione aziendale. Nella proposta lo sponsor non deve indicare il dipendente che intende invitare. Tale decisione è lasciata alla direzione aziendale. La proposta contenente già il nome del dipendente che si intende invitare, verrà restituita al mittente con la indicazione che l’Azienda USL Umbria n.2 accetta inviti a corsi convegni e seminari per i propri dipendenti a fronte di offerta generica, mai nominativa.

➤ La proposta correttamente pervenuta:

- viene indirizzata dalla Direzione al responsabile della macro struttura competente,
- il responsabile di struttura individua, se lo ritiene opportuno, il dipendente da inviare al corso/convegno, ed esprime il proprio parere alla Direzione Aziendale che decide circa l’autorizzazione alla partecipazione;
- se la partecipazione è autorizzata ne viene data comunicazione, per il seguito di competenza, a:
 - Servizio Personale,
 - Servizio Formazione.

➤ Lo sponsor può assicurare la copertura finanziaria, delle spese e degli oneri di cui sopra, solo per operatori qualificati nel settore inerente l'attività formativa.

➤ L'ospitalità assicurata al dipendente dallo sponsor non può eccedere il periodo di tempo compreso tra le dodici ore precedenti l'inizio dell'attività formativa e le dodici ore successive alla sua conclusione, né presentare caratteristiche tali da prevalere sulle finalità tecnico-scientifiche dell'iniziativa.

➤ Lo sponsor non può assumere gli oneri per spese di viaggio od ospitalità di eventuali accompagnatori. Nessun servizio offerto (pasti, camera, trasferimenti...) può quindi essere condiviso.

➤ Nell’arco dell’anno solare, non farà parte di commissioni di aggiudicazione di forniture chi ha partecipato a corsi/convegni/seminari cui concorre la ditta che ha sostenuto spese per la partecipazione.

47. Regolamento sponsor.

Con delibera del Direttore Generale n.752/2014²¹ e n.241/2015²² si è provveduto a normare aziendalmente lo sviluppo di iniziative per la stipula di contratti di sponsorizzazione. Tale delibera si prefigge lo scopo di indicare gli atti e le condizioni necessarie per assicurare all'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2 una corretta gestione dei contratti di sponsorizzazione nel rispetto delle norme vigenti, nonché di criteri di efficienza, efficacia e trasparenza.

Il regolamento stabilisce che le iniziative di sponsorizzazione/pubblicità devono tendere a favorire l'innovazione dell'organizzazione ed a realizzare maggiori economie, nonché una migliore qualità dei servizi istituzionali prestati e devono essere dirette al perseguimento di pubblici interessi, escludendo forme di conflitto di interesse tra l'attività pubblica e quella privata. Particolare attenzione in tutte le varie fasi del procedimento alle misure di conoscenza e pubblicità per rendere sia nelle fasi precedenti la stipula che in fase successiva la più ampia trasparenza degli atti adottati.

Si è costituito un gruppo di lavoro composto dai rappresentanti delle diverse Aziende Sanitarie Umbre ospedaliere e territoriali e da altri enti del SSN che, fra l'altro, si è occupato delle tematiche relative alle sponsorizzazioni. Il gruppo ha elaborato una proposta di regolamento da utilizzare nelle Aziende per aggiornare i rispettivi regolamenti in materia, dando uniformità metodologiche ed organizzative. Il lavoro ha tenuto in particolare considerazione la disciplina certa e trasparente delle attività in materia di sponsorizzazioni.

48. "Orari di disponibilità" dell'U.P.D.

Gli UU.PP.DD. Aziendali danno disponibilità, a richiesta, per ascoltare ed indirizzare i dipendenti dell'amministrazione su situazioni o comportamenti, al fine di prevenire la commissione di fatti corruttivi e di illeciti disciplinari²³.

49. Diffusione della conoscenza di buone prassi e buoni esempi.

L'Azienda USL Umbria n.2 favorisce la diffusione della conoscenza di buone prassi e buoni esempi al fine di rafforzare il senso di fiducia nei confronti dell'Azienda. È compito dei dirigenti segnalare comportamenti virtuosi, buone prassi e buoni esempi relazionando e dettagliando le situazioni meritevoli di particolare attenzione alla Direzione Aziendale. Di tali prassi verrà data idonea ed opportuna evidenza all'interno del portale web aziendale. Inoltre è stato predisposto ed è disponibile sullo stesso portale, nella sezione modulistica amministrativa, un apposito modulo da compilare da parte degli utenti con possibilità di rappresentare e segnalare situazioni degne di elogio.

50. Adozione delle misure per il contenimento delle liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Il problema delle liste di attesa è allo stato attuale sicuramente tra i più impegnativi per il Servizio Sanitario Nazionale e Regionale o quantomeno tra quelli che influenzano la percezione del cittadino rispetto al livello di qualità del servizio sanitario. Il postulato di partenza è che tempi d'attesa brevi non consentono l'insinuazione di potenziali fenomeni corruttivi che portino alla deviazione al di fuori dell'offerta pubblica, con metodologie illecite.

Sulla tematica si sono succedute negli ultimi anni una serie di norme allo scopo di contenere i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e per i ricoveri ospedalieri e recentemente la Legge 29 luglio 2024, n. 107 **"Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie"** (G.U. Serie Generale, n. 178 del 31 luglio 2024) in vigore dal 1° agosto 2024.

²¹ Delibera del D.G. n. 752 del 16/09/2014 avente ad oggetto "Regolamento aziendale per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni. Approvazione"

²² Delibera del D.G. n. 241 del 19/03/2015 avente ad oggetto "Regolamento per le attività di formazione"

²³ art. 15, comma 3, D.P.R. n. 62 del 2013.

L'Azienda provvede alla pubblicazione ed aggiornamento della apposita sezione "Liste d'attesa" della pagina di "Amministrazione Trasparente", pubblicando il report dei tempi medi di attesa. Tale sezione è "linkata" anche sul sito web della regione nella sezione dedicata all'argomento ed in particolare contiene utili link per visualizzare ed ottenere informazioni su:

- Criteri di formazione delle liste di attesa (prestazioni ambulatoriali e residenze protette)
- Report tempi medi di attesa prestazioni ambulatoriali
- Tempi di attesa delle residenze protette a gestione diretta
- Liste di attesa Regione Umbria
- CUP Regione Umbria
- Punti di prenotazione CUP e Farmacup Azienda UsI Umbria 2
- Dashboard Regione Umbria - Monitoraggio dei tempi di attesa prestazioni specialistiche ambulatoriali di primo accesso

La Regione Umbria e l'Azienda USL Umbria n. 2 hanno messo in campo risorse organizzative per far fronte alla enorme mole di prenotazioni accumulate a seguito degli eventi pandemici degli anni passati. Di seguito i principali atti regionali più recenti:

- DD 5174/2019 Aggiornamento Tabelle RAO di cui all'allegato A) dell'Allegato 2 del Piano regionale di Governo delle Liste di Attesa (DGR 610/2019)
- DD 5330/2022 Aggiornamento Tabelle RAO di cui all'allegato A della Determinazione Dirigenziale n. 5174 del 24/05/2019
- DGR 472/2022 piano regionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2022-2025
- DD n.1125 del 02/02/2023 "Istituzione Task force regionale per il governo delle liste d'attesa"
- DGR 437/2023 "Piano operativo straordinario di recupero delle liste di attesa e recepimento dell'accordo, ai sensi dell'articolo 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato", sancito dalla conferenza permanente stato-regioni nella seduta del 9 luglio 2020"
- DGR 1401/2023 "Appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di specialistica ambulatoriale - Alert prestazioni radiologiche ed endoscopiche. Gestione Percorsi di Tutela e Prestazioni successive. Adozione. "
- DGR 24/04/2024 n. 394 con la quale è stato adottato il "PIANO OPERATIVO STRUTTURALE DI RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA – ANNO 2024";
- DGR 07/08/2024 n. 800 DGR 24.04.2024 n. 394 "PIANO OPERATIVO STRUTTURALE DI RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA – ANNO 2024. ADOZIONE". Determinazioni.

51. Assistenza domiciliare.

L'Azienda USL Umbria n. 2 mette in atto le risposte assistenziali previste nell'ambito dell'assistenza domiciliare, articolate in differenti livelli di intensità e complessità assistenziale, che vengono individuati a partire dalla Valutazione Multidimensionale ad opera dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), e dalla conseguente formulazione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI) che comprende, quando necessario, anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI). L'integrazione delle funzioni dei servizi di assistenza domiciliare con altri servizi assistenziali distrettuali, che rispondono ai bisogni della persona assistita a domicilio, avviene grazie al ruolo di coordinamento e raccordo della Centrale operativa unica territoriale (COT). Ciascun Direttore di distretto assume il ruolo di dirigente responsabile della COT spoke di riferimento, mentre la responsabilità della COT hub è affidata ai Coordinatori di distretto con (eventuale) rotazione annuale previa valutazione dell'attività svolta.

Nell'analisi di tale assetto emergono i seguenti rischi:

- mancata attuazione del Piano di Assistenza Individuale di ciascun paziente preso in carico. Come misura di prevenzione della corruzione si adotta il monitoraggio della corretta attuazione dei PAI da parte del Direttore di Distretto, quale responsabile della COT
- assenze dal lavoro e criticità nei turni. Andrà quindi garantito il rispetto dei turni di lavoro programmati, salvo giusta causa adeguatamente motivata nonché il rispetto dei Regolamenti aziendali in materia di orario di lavoro
- utilizzo inadeguato di servizi, materiali, attrezzature, mezzi di trasporto, e più in generale di risorse affidate ai dipendenti per ragioni di servizio.
- scarsa qualità degli ausili forniti ai pazienti. I DEC dovranno effettuare un costante monitoraggio sulla qualità degli ausili.

52. Trasparenza.

Si rimanda alla apposita sezione all'interno del PIAO

53. Strumenti di comunicazione esterna.

Le iniziative per la trasparenza rappresentano un momento di confronto e di ascolto per conseguire alcuni degli obiettivi fondamentali della trasparenza stessa.

Al fine di garantire la diffusione della cultura della trasparenza e dell'integrità l'Azienda USL Umbria n.2 utilizza quali strumenti prevalenti di comunicazione esterna²⁴:

- L'Ufficio relazioni con il pubblico.
- La mediazione culturale.
- Il sito web.
- I social network.
- La carta dei servizi.
- La conferenza dei servizi.
- La presenza aziendale durante gli eventi sociali e culturali.
- La produzione di brochure e depliant.
- Le pubblicazioni aziendali.
- La segnaletica.
- Migliorare la qualità della vita delle persone che accedono ai servizi sanitari grazie ad un più elevato comfort.

54. Informatizzazione dei processi.

L'alta informatizzazione dei processi consente per tutte le attività dell'amministrazione la tracciabilità dello sviluppo del processo e riduce quindi il rischio di "blocchi" non controllabili con emersione delle responsabilità per ciascuna fase.

L'informatizzazione di procedure costituisce quindi un importante mezzo per controllare, monitorare, ridurre potere discrezionale, rendere evidenti/non occultare documenti/documentazione. Per questo l'Azienda USL Umbria n.2 è attiva nella continua ricerca di standardizzare con il ricorso a nuovi software e nuove procedure.

Si rimanda alla apposita sezione del PIAO

<i>Rotazione ordinaria dei dipendenti</i>	<i>Procedura per la gestione dei ricoveri chirurgici programmabili</i>	<i>Disposizioni in tema di donazioni e lasciti</i>
<i>Rotazione straordinaria dei dipendenti</i>	<i>Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero</i>	<i>Dati aggregati relativi all'attività amministrativa</i>

²⁴ Vedi Delibera del Direttore Generale n. 34 del 18/01/2017 "Piano della Comunicazione integrata 2017. Approvazione."

Gestione e controllo della presenza in servizio del personale	Attività correlate alla scelta e revoca del Medico di Assistenza Primaria e Pediatra di LS	Erogazioni liberali a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID-19
Formazione di commissioni e assegnazione agli uffici in caso di condanna penale	Smart working e misure per limitare l'accesso nelle sedi dell'azienda USL Umbria 2	Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro
Formazione di commissioni giudicatrici	Formazione di commissioni invalidi civili	Centrale Regionale per gli Acquisti in Sanità (CRAS)
Sistemi di video conferenza	Delibere/determine	Uso improprio di auto di servizio
Principi applicati nell'attività contrattuale con i fornitori	Regolamenti, circolari, direttive interne	Misure per l'alienazione degli immobili
Conferimento incarichi extraistituzionali a dipendenti di altre PP.AA.	Conferimento incarichi extraistituzionali a dipendenti (art. 53 D.Lgs. 165/2001)	Procedimenti certificati in qualità - Regolamentazione procedimenti
Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Tutela del dipendente che segnala illeciti (Whistleblower)	Relazione annuale del RPC e del RT
Nodo Smistamento Ordini (NSO)	Donazioni di somme di denaro	Regolamento sponsor
Conflitto di interessi – Obbligo di segnalazione	Obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari	Dichiarazione pubblica di interessi – Doni ricevuti
Inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi di Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario	Adozione delle misure per il contenimento delle liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	Protocollo d'Intesa tra la Regione Umbria e il Comando Regionale dell'Umbria della Guardia di Finanza
Descrizione dei procedimenti e del personale coinvolto	Disposizioni in tema di comodato d'uso, beni in visione e prova	Formazione dei dipendenti – Cultura della legalità
Attività Libero Professionale Intramuraria	Diffusione della conoscenza di buone prassi e buoni esempi	Strumenti di comunicazione esterna
Canali di ascolto	Antiriciclaggio	Informatizzazione dei processi
Enti controllati	Assistenza domiciliare	"Orari di disponibilità" dell'U.P.D.
Partecipazione a corsi/convegni/seminari	Trasparenza	Diffusione della conoscenza di buone prassi e buoni esempi
Patto integrità		

Figura 14 Tabella sinottica delle principali misure adottate

55. Incontri fra i Responsabili dei Servizi Aziendali

Al fine di costruire un PIAO contenente un effettivo coordinamento ed una reale integrazione fra le varie sezioni e parti che lo compongono, i responsabili dei Servizi aziendali coinvolti sia alla fase programmazione, che di monitoraggio, il RPC ed il RT incontrano periodicamente i responsabili degli uffici dell'amministrazione che si occupano dell'elaborazione delle altre sezioni/ sottosezioni del PIAO, con specifico riguardo alla performance (Servizio Controllo di Gestione), all'organizzazione (Servizio Affari Generali) e al capitale umano (Direzione del Personale).

56. Collegamenti della prevenzione della corruzione con gli altri piani/programmi aziendali.

L'Azienda USL Umbria n.2 ha strettamente legato la prevenzione della corruzione con gli altri Piani/programmi/attività aziendali. In particolare:

56.1 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.

56.2 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'ANAC fra le modifiche più importanti del d.lgs. 33/2013 si registra quella del pieno coordinamento fra prevenzione della corruzione e trasparenza.

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.

56.3 Coerenza fra P.T.P.C.T. e codice di comportamento

L'Azienda USL Umbria n.2 ha scelto di riunire all'interno del PIAO 2025/2027 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 PIAO, 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.

56.4 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:

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

56.5 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. 2025/2027 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.

Sommario

ALLEGATO Misure di prevenzione	1
1. Misure per prevenire il rischio di corruzione- Premessa	1
2. Rotazione dei dipendenti.....	1
3. La rotazione “straordinaria”	3
4. Disciplina aziendale sull’applicazione della rotazione straordinaria	4
5. Gestione e controllo della presenza in servizio del personale	5
6. Formazione di commissioni e assegnazione agli uffici in caso di condanna penale (art. 35 bis del D.Lgs. 165/2001).	5
7. Formazione di commissioni giudicatrici – Procedure	7
8. Formazione di commissioni invalidi civili.....	7
9. Conferimento incarichi extraistituzionali a dipendenti (art. 53 D.Lgs. 165/2001)	8
10. Conferimento incarichi extraistituzionali a dipendenti di altre PP.AA. (art. 53 comma 8 D.Lgs. 165/2001)	8
11. Tutela del dipendente che segnala illeciti (Whistleblower)	9
12. Conflitto di interessi – Obbligo di segnalazione	9
13. Inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi di Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario.	11
14. Principi applicati nell’attività contrattuale con i fornitori	12
15. Codice di Comportamento.....	12
16. Descrizione dei procedimenti e del personale coinvolto.....	13
17. Attività Libero Professionale Intramuraria.	13
18. Procedura per la gestione dei ricoveri chirurgici programmabili.	13
19. Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero e nelle altre strutture di degenza	14
20. Attività correlate alla scelta e revoca del Medico di Assistenza Primaria e Pediatra di libera scelta	14
21. Smart working.....	14
22. Sistemi di video conferenza	14
23. Regolamenti, circolari, direttive interne.....	14
24. Delibere/determine	14
25. Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	15
26. Nodo Smistamento Ordini (NSO).....	15
27. Procedimenti certificati in qualità - Regolamentazione procedimenti.....	16
28. Obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari.	17
29. Antiriciclaggio.	17
30. Disposizioni in tema di comodato d’uso, beni in visione e prova.....	18
31. Disposizioni in tema di donazioni e lasciti.	19
32. Donazioni di somme di denaro.....	19
33. Erogazioni liberali a sostegno del contrasto all’emergenza epidemiologica da COVID-19	20
34. Dati aggregati relativi all’attività amministrativa.	21
35. Centrale Regionale per gli Acquisti in Sanità (CRAS).	22
36. Uso improprio di auto di servizio.....	22
37. Misure per l’alienazione degli immobili.....	23
38. Relazione annuale del RPC e del RT.....	23
39. Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro	23
40. Patto integrità.....	24
41. Dichiarazione pubblica di interessi – Doni ricevuti.....	25
42. Protocollo d’Intesa tra la Regione Umbria e il Comando Regionale dell’Umbria della Guardia di Finanza	25
43. Formazione dei dipendenti – Cultura della legalità.....	26
44. Canali di ascolto.....	27
45. Enti controllati.....	28
46. Partecipazione a corsi/convegni/seminari.	29
47. Regolamento sponsor.....	30
48. “Orari di disponibilità” dell’U.P.D.	30
49. Diffusione della conoscenza di buone prassi e buoni esempi.	30
50. Adozione delle misure per il contenimento delle liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale.	30
51. Assistenza domiciliare.	31
52. Trasparenza.....	32
53. Strumenti di comunicazione esterna.....	32

54.	Informatizzazione dei processi.....	32
55.	Incontri fra i Responsabili dei Servizi Aziendali.....	33
56.	Collegamenti della prevenzione della corruzione con gli altri piani/programmi aziendali.	33
56.1	COLLEGAMENTO FRA PIANO DELLA PERFORMANCE CON IL PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ E CON IL PIANO DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	33
56.2	COERENZA FRA P.T.P.C.T. E TRASPARENZA	34
56.3	Coerenza fra P.T.P.C.T. e codice di comportamento	35
56.4	Coerenza fra P.T.P.C.T., piano dei fabbisogni e procedure di reclutamento del personale	35
56.5	Coerenza fra P.T.P.C.T. e Codice di Comportamento	35

Allegato 1. Mappatura dei Processi.

Area Organizzativa coinvolta: Servizio Patrimonio (M1)						
	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
1.	Gestione locazioni attive/passive e Comodati d'uso; Acquisizioni, alienazioni, variazioni patrimoniali	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione sommaria dei criteri a base della ricerca immobiliare; - Calcolo del canone di locazioni attive non congruo, al fine di agevolare particolari soggetti; - Distorta valutazione di congruità del canone di locazione passiva; - Inadeguata pubblicità degli Avvisi di manifestazione d'interesse alla locazione attiva o passiva di immobili da destinare, prevalentemente ad attività istituzionale, quindi impedendo la massima trasparenza e concorrenzialità; - Disomogeneità nel rispetto delle scadenze temporali; - Elaborazione di perizie di stima non congrue, al fine di agevolare particolari soggetti; - Non adeguata pubblicità dei Bandi e quindi impedendo la concorrenzialità; - Alterare le verifiche per favorire alcuni operatori economici. 	<ul style="list-style-type: none"> • È prevista la presenza di più incaricati anche se la responsabilità del procedimento è affidata ad unico dipendente • E' prevista la rotazione dei RUP • È prevista la partecipazione di più Enti, Uffici e figure nonché di passaggi procedurali ed istituzionali - pubblicazioni - che garantiscono imparzialità e trasparenza • E' previsto il calcolo del canone di locazione attraverso la consultazione del Borsino Immobiliare pubblicato dall'Agenzia dell'Entrate • Dichiarazione di assenza di conflitto d'interesse e incompatibilità • pubblicazione tempestiva degli esiti • pubblicazione del contratto sul sito Aziendale • Qualora dovessero rendersi possibili operazioni di utilizzo da parte di terzi del patrimonio immobiliare, le singole procedure dovranno essere improntate, nella fase precedente alla stipula del contratto di diritto privato, al rispetto dei principi della selezione tra gli aspiranti, dell'imparziale confronto tra soggetti interessati e della adeguata motivazione in ordine alla scelta, con specifico riguardo all'interesse pubblico perseguito 	ALTO	rapporto tra n° operatori economici aggiudicatari diviso il n° delle procedure espletate (il rapporto con risultato ≠ da 1 origina un alert)	Audit a campione sulle aggiudicazioni adottate

Area Organizzativa coinvolta: Servizio Patrimonio (M1)						
	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
2.	Nomina Commissione Giudicatrice (scelta componenti, predisposizione provvedimento di nomina Commissione)	<ul style="list-style-type: none"> - Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso /partecipazione alla Commissione Giudicatrice (e/o individuazione) al fine di agevolare particolari soggetti - Mancato rispetto dei criteri di individuazione e di verifica delle offerte anormalmente basse, anche sotto il profilo procedurale 	<ul style="list-style-type: none"> • È prevista la partecipazione di più Enti, Uffici e figure nonché di passaggi procedurali che garantiscono imparzialità e trasparenza. • Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi – Inconferibilità - . Dichiarazione ex art. 51 c.p.c. • Pubblicazione dei componenti delle commissioni sul sito web Aziendale- Regolamento Commissioni giudicatrici -. • Scelta dei componenti delle commissioni mediante estrazione a sorte in un'ampia rosa di candidati - Regolamento Commissioni giudicatrici -. • Obblighi di rotazione nelle nomine - Regolamento Commissioni giudicatrici –Tracciatura del procedimento di valutazione delle offerte anormalmente basse e di verifica della congruità dell'anomalia, specificando espressamente le motivazioni nel caso in cui, all'esito del procedimento di verifica, la stazione appaltante non abbia proceduto all'esclusione. 	ALTO	Audit in ordine alla composizione della commissione	Rendicontazione delle nomine dei Commissari di gara giudicatrice con cadenza annuale.
3.	Affidamento incarichi professionali	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un professionista; - Eventuale abuso nel ricorso all'affidamento diretto ed alle procedure negoziate senza bando al fine di favorire un professionista; - Disomogeneità di valutazione nella individuazione del soggetto destinatario; - Alterare le verifiche per favorire alcuni operatori economici 	<ul style="list-style-type: none"> • Attuazione di procedura di scelta del contraente caratterizzata dall'adozione preventiva di regole atte a garantire un maggiore grado di tutela della concorrenza; • Obbligo di valutazione per la tipologia contrattuale adottata; • Creazione di parametri definiti e specifici per la valutazione delle offerte economicamente più vantaggiose; • Rotazione dei professionisti iscritti all'Albo della Regione Umbria secondo criteri di competenza; • Pubblicazione sul sito istituzionale dell'Ente degli avvisi di selezione per l'affidamento dell'incarico e dell'elenco degli incarichi conferiti; • rispetto degli obblighi di pubblicità di cui al D.Lgs. 33/2013 • pubblicazione degli esiti dei provvedimenti • pubblicazione degli atti stessi sul sito della Azienda 	ALTO	Numero affidamenti aggiudicati negli ultimi cinque anni	Previsione di un controllo periodico a campione sui provvedimenti del settore

Area Organizzativa coinvolta: Servizio Patrimonio (M1)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
4.	<p>Gestione procedure di gara (Predisposizione documentazione di gara, indizione procedura, svolgimento gara, predisposizione provvedimento di affidamento, stipulazione contratto)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Previsione di elementi ad elevata discrezionalità nella definizione dei criteri e nell'attribuzione dei punteggi - Discrezionalità interpretativa delle regole di affidamento con improprio utilizzo dei modelli procedurali al fine di agevolare particolari soggetti - Uso distorto dell'offerta economicamente più vantaggiosa finalizzato a fini impropri; - Omissione delle verifiche in capo all'aggiudicatario o alterazioni delle stesse per favorire altri operatori economici; - Ritardi o inesattezze nelle formalizzazioni che possono indurre l'aggiudicatario a sciogliersi dai vincoli contrattuali 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantire la massima imparzialità e trasparenza attraverso: <ol style="list-style-type: none"> 1. Presenza di più incaricati nell'espletamento dell'istruttoria, fermo restando la responsabilità del procedimento in capo ad un unico dipendente 2. La compartecipazione di più Uffici istituzionali interni/esterni (verifiche al Tribunale Casellario Giudiziale) 3. Formalizzazione delle principali fasi procedurali (es. pubblicazioni sul sito web aziendale e certificazioni di regolare esecuzione) • Definizione analitica dei requisiti occorrenti; • Verifica di conformità ai bandi tipo ANAC e obbligo di motivazione in caso di scostamenti; • In caso di un numero significativo di offerte simili o uguali o altri elementi, adeguata formalizzazione delle verifiche espletate in ordine a situazioni di controllo/accordo/collegamento tra i partecipanti alla gara, tali da poter determinare offerte "concordate"; • Pubblicazione degli avvisi e dei bandi sul sito della Azienda • Tempestività della pubblicazione degli esiti dei provvedimenti • Dichiarazione di assenza di conflitto d'interesse • Obbligo di motivazione nella delibera a contrarre circa la scelta della procedura e circa il sistema di affidamento; • Rispetto delle normative sulla tracciabilità dei pagamenti; • previsione di clausole risolutive del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nei patti d'integrità 	ALTO	<ul style="list-style-type: none"> - Il valore delle procedure non aperte (cottimo, affidamento Diretto o senza pubblicazione del bando), /valore complessivo delle procedure in un determinato periodo 	<ul style="list-style-type: none"> - Previsione di forme di controllo in ordine all'applicazione dell'istituto - Valorizzazione del controllo successivo ai fini della verifica della corretta applicazione della normativa. <p>Audit a campione sulle procedure non aperte</p>

Area Organizzativa coinvolta: Servizio Patrimonio (M1)						
	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
5.	Autorizzazione ai subappalti	Abuso della discrezionalità nella verifica della documentazione presentata al fine di agevolare determinati soggetti, ricorso improprio all'utilizzo del silenzio assenso	<ul style="list-style-type: none"> • Presenza di soggetti addetti ai controlli appartenenti a Enti diversi (CCIAA e Prefettura) • Trasmissione alla competente Prefettura della documentazione per il rilascio delle informazioni antimafia 	ALTO	Verifica della liquidazione dei lavori subappaltati come da contratto	<ul style="list-style-type: none"> - Previsione di forme di controllo in ordine all'applicazione dell'istituto - Valorizzazione del controllo successivo ai fini della verifica della corretta applicazione della normativa.
6.	Varianti in corso di esecuzione dei contratti d'appalto	- Ammissione di varianti per consentire all'appaltatore di recuperare il ribasso offerto in sede di gara o conseguire utilità ulteriori	<ul style="list-style-type: none"> • Costituzione di un gruppo di controllo trasversale ai Servizi in grado di verificare la legittimità delle procedure • Avvicendamento periodico dei componenti della struttura di controllo • Assoggettamento delle varianti a controllo successivo; • Verifica del corretto assolvimento dell'obbligo di trasmissione all'ANAC delle varianti; • Pubblicazione sul sito web Aziendale degli atti. 	ALTO	Numero degli affidamenti con almeno una variante / il numero totale degli affidamenti effettuati nell'arco dei tre anni	Audit in ordine all'applicazione dell'istituto
7.	Procedura negoziata	Abuso della procedura negoziata al solo scopo di favorire una o più imprese	<ul style="list-style-type: none"> • Valorizzazione del controllo successivo ai fini della verifica della corretta applicazione della normativa. • Predeterminazione nella determina a contrarre dei criteri che saranno utilizzati per l'individuazione delle imprese da invitare. • Pubblicazione sul sito aziendale delle sedute di gara e pubblicazione della determina a contrarre • Pubblicazione degli esiti delle procedure 	ALTO	Il valore delle procedure non aperte/il valore complessivo delle procedure in un determinato periodo	Audit a campione sulle procedure non aperte
8.	Risoluzione delle controversie	Scelta di sistemi alternativi a quelli giudiziali al solo scopo di favorire l'appaltatore	<ul style="list-style-type: none"> • Costituzione di un gruppo di controllo trasversale ai Servizi in grado di verificare la legittimità delle procedure • Avvicendamento periodico dei componenti della struttura di controllo • Assoggettamento a controllo successivo ai fini della verifica della corretta applicazione della normativa. • Pubblicazione sul sito web Aziendale degli atti corrispondenti 	MEDIO	Numero delle risoluzioni delle controversie /numero appalti affidato nell'arco dei cinque anni.	Audit in ordine alla risoluzione contrattuale

Area Organizzativa coinvolta: Servizio Patrimonio (M1)						
	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
9.	Contabilizzazione lavori In corso d'opera stato finale a collaudo	Abusi/irregolarità nella vigilanza/contabilizzazione lavori per favorire l'impresa esecutrice	<ul style="list-style-type: none"> • Costituzione di un gruppo di controllo trasversale ai Servizi in grado di verificare la legittimità delle procedure • Avvicendamento periodico dei componenti della struttura di controllo • Assoggettamento delle varianti a controllo successivo ai fini della verifica della corretta applicazione della normativa. • Pubblicazione sul sito web Aziendale atti dei corrispondenti 	ALTO	Rapporto tra scostamenti di costo di ogni singolo contratto / il numero complessivo di contratti conclusi.	Audit a campione in ordine ai contratti, alla contabilità, allo stato finale ed al collaudo.
10.	Liquidazioni (fatture, imposte e tasse, oneri condominiali)	Liquidazione non dovute	<ul style="list-style-type: none"> • Regolamento ciclo passivo aziendale • Più attori nel processo • Il controllo delle fatture viene svolto da una funzione diversa da quella che svolge l'ordine • Liquidazione attraverso determina dirigenziale informatizzata (istruttore+RUP+dirigente) • Pubblicazione dei dati sul portale web aziendale • Dichiarazione assenza conflitto interesse • Regolamenti dei vari Comuni; • Denunce ai vari Comuni con valutazioni trasversali sia di natura tecnica che giuridico/amministrativa; • Regolamenti dei vari Condomini; • Deliberazioni assembleari con approvazione delle quote millesimali a carico dei proprietari e dei conduttori e conseguenti oneri connessi; 	BASSO	Verifica a campione della corrispondenza dovuto/liquidato	Corrispondenza dovuto/liquidato

Area Organizzativa coinvolta: Dipartimento Farmaceutico (M2)						
	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
1.	Programmazione acquisti	Definizione di fabbisogni non rispondenti a criteri di efficienza/efficacia/Economicità	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio scadenze contrattuali • Applicazione procedura POS "Raccolta fabbisogni beni e servizi" • Individuazione delle priorità sulla base di criteri economici e delle scadenze contrattuali • Nella tempistica di espletamento delle procedure di gara è coinvolto il SABS 	Alto	Numero di richieste di rinnovo contrattuale inviate in ritardo rispetto al termine di 3 mesi dalla scadenza del precedente contratto	L'indicatore deve essere monitorato con cadenza annuale
2.	Predisposizione capitolato per gare di appalto per fornitura di prodotti farmaceutici- dispositivi medici- materiali sanitari vari – protesi e ausili	<ul style="list-style-type: none"> -favorire un fornitore -falsare i fabbisogni quali /quantitativi 	<ul style="list-style-type: none"> • Adozione di procedura accreditamento qualità • Rotazione referenti tecnici aziendali 	Alto	Rispondenza della procedura del capitolato tecnico con quanto disposto con la procedura di qualità	Il 100% deve essere stato elaborato con le modalità previste dalla procedura accreditata in qualità
3.	Acquisti diretti come previsto dall'art. 36 comma 2 lettera a) del D.Lgs. 50/2016 e D.Lgs.56/2017	- Favorire un fornitore nella scelta e nelle quantità	• Tutti gli ordini effettuati mediante affidamento diretto sono pubblicati ogni trimestre nel sito della ASL nella sezione Amministrazione Trasparente.	Alto	Numero di prodotti ordinati in un semestre allo stesso fornitore, su numero totale prodotti ordinati in affidamento diretto	L'indicatore deve essere monitorato con cadenza annuale
4.	Acquisti da contratto	- Ordini di quantitativi superiori alle effettive necessità	<ul style="list-style-type: none"> • D.Lgs 50/2016 e D.Lgs.56/2017 • D.P.R. N. 207/2012 • Delibera di aggiudicazione • Contratto stipulato con i fornitori • Responsabile Esecuzione del contratto 	Basso	Valore dell'ordinato superiore all'importo contrattuale e giacenze alte rispetto al consumato	L'indicatore deve essere monitorato periodicamente nell'ambito della validità contrattuale.
5.	Gestione magazzino farmaceutico	<ul style="list-style-type: none"> - Mancata rilevazione della non corrispondenza della merce pervenuta con quanto indicato nel documento di trasporto - Evasione richieste non congrue rispetto alle medie di consumo dei vari CDC. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adozione di procedura di accreditamento qualità POs 04 DAF • Al processo partecipano più operatori • Le non conformità delle forniture sono registrate anche nella procedura SAP 	Medio	<ul style="list-style-type: none"> • Numero non conformità rilevate nel controllo merci • Numero evasione richieste non congrue 	Monitoraggio annuale degli indicatori (con motivazione degli eventuali scostamenti)

Area Organizzativa coinvolta: Dipartimento Farmaceutico (M2)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
6.	Liquidazione Fatture	Favorire un fornitore	<ul style="list-style-type: none"> Regolamento ciclo passivo aziendale Regolamento delibere/determine Procedura altamente informatizzata Al processo partecipano più operatori Procedura di qualità POs (16/11/2015) 	Basso	Mancato rispetto dell'anzianità e della scadenza del debito	Il rispetto dell'anzianità e della scadenza del debito è rilevato trimestralmente dal Servizio Economico Finanziario che, a fine anno, calcola la percentuale di rispetto della tempestività di pagamento
7.	Attività di sportello (acquisizione domanda per erogazione di ausili e protesi)	Informazioni distorte all'utenza	<ul style="list-style-type: none"> Formazione del personale addetto Disposizioni comportamentali scritte Affissione presso ogni sede dell'elenco Regionale delle Ditte accreditate alla fornitura di ausili elenco 1 DM 332/99 	Medio - basso	Numero di contestazioni verbali e scritte	<ul style="list-style-type: none"> Numero di contestazioni < 1% Verifica della presenza degli elenchi
8.	Prescrizione	<ul style="list-style-type: none"> Indirizzare verso alcuni fornitori Prescrizione di ausili ad alto costo non indispensabili 	<ul style="list-style-type: none"> Monitoraggio costante dell'appropriatezza delle prescrizioni dell'andamento del budget annuale assegnato ad ogni specialista prescrivente 	Alto	Numero di utenti che chiedono, dopo la visita, di modificare la ditta scelta in fase di presentazione della domanda	Numero di prescrizioni al di fuori delle linee guida <2%. Riscontro di elevato numero di aggiuntivi prescritti o inappropriati
9.	Autorizzazione	Autorizzare ausili a soggetti non aventi diritto	<ul style="list-style-type: none"> Linee guida specifiche aziendali 	Medio - basso	Numero di autorizzazioni extratariffario e/o extra linee guida	Verifica periodica numero autorizzazioni extratariffario e/o extra linee guida < 1%
10.	Erogazione	Fornitura di ausili di qualità scadente da parte delle ditte e/o tempi lunghi	<ul style="list-style-type: none"> Invio a collaudo del materiale 	Basso	Numero reclami da parte dell'utenza	Rispetto tempi di consegna ai sensi del DM 332/99
11.	Collaudo	Mancato controllo qualitativo/quantitativo degli ausili forniti	<ul style="list-style-type: none"> Accertamento rispondenza tra ausilio prescritto/autorizzato e consegnato dal fornitore 	Medio - alto	Numero di collaudi sfavorevoli	Verifica periodica dei collaudi sfavorevoli < 0.5%
12.	Sperimentazione clinica	<ul style="list-style-type: none"> Utilizzo improprio dei proventi Conflitto di interesse 	<ul style="list-style-type: none"> Il parere favorevole è espresso dal Comitato Etico regionale CEAS verifica eventuali collegamenti con il promoter Al processo partecipano più operatori Regolamento aziendale 	Medio	Rendicontazione dei proventi da parte del DAF	L'indicatore deve essere monitorato con cadenza annuale

Area Organizzativa coinvolta: Dipartimento di Prevenzione Sanità Animale Area A (M3)

Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
1. Ispezione Aziende zootecniche	- Falsa attestazione - Omissione erogazione sanzione	<ul style="list-style-type: none"> Sopralluogo con almeno due operatori Rotazione sulla struttura Rotazione fra le coppie Rotazione sul territorio in base a programmazione audit annuale su strutture a più alto rischio Utilizzo Ceck list ministeriali Sottoscrizione dichiarazione di assenza di conflitto di interesse Inserimento del 20% dei sopralluoghi che non hanno originato prescrizione nel piano dei controlli dell'anno successivo con operatori diversi 	ALTO	Ispezioni che non hanno dato luogo a prescrizioni	Verifica delle ispezioni con prescrizione rispetto alla precedente verifica
2. Controllo bovini "Tubercolosi"	Falsa certificazione (Mod 2/33)	<ul style="list-style-type: none"> Rotazione sulla struttura Sottoscrizione dichiarazione di assenza di conflitto di interesse 	MEDIO	Esiti positivi su negativi sullo stesso allevamento	Numero di capi positivi sullo stesso allevamento
3. Prelievi ematici bovini/ovini per brucellosi	Falsa certificazione (Mod 2/33)	<ul style="list-style-type: none"> Rotazione sulla struttura Sottoscrizione dichiarazione di assenza di conflitto di interesse 	MEDIO	Esiti positivi su negativi sullo stesso allevamento	Numero di capi positivi sullo stesso allevamento
4. prelievi biologici/test diagnostici ed altri atti rilasciati da Sanità Animale	- Alterazione campione - Alterazione certificato nelle compravendite	<ul style="list-style-type: none"> Rotazione sulla struttura Sottoscrizione dichiarazione di assenza di conflitto di interesse 	ALTO	100% rotazione sui venditori	Relazione sulla rotazione
5. Rilascio atti anagrafe equina (test Coggins)	Falsa certificazione (Mod 2/33)	<ul style="list-style-type: none"> Rotazione sulla struttura Sottoscrizione dichiarazione di assenza di conflitto di interesse 	BASSO	Esiti positivi su negativi sullo stesso allevamento	Numero di capi positivi sullo stesso allevamento
6. Sterilizzazioni chirurgiche (cani e gatti)	Sterilizzazione di animali non randagi	Coinvolgimento dei comuni ed associazioni animaliste (che effettuano le richieste)	BASSO	Interventi eseguiti in numero superiore alle richieste	Controllo incrociato tra schede di richiesta sterilizzazioni e numero di quelle eseguite
7. Cattura cani	- Restituzione cani non randagi ai proprietari - Omissione erogazione sanzione - Omissione riscossione diritti di cattura	Redazione giornaliera delle attività	ALTO	Numero cani randagi + numero cani padronali > o = numero segnalazioni	Monitoraggio posizioni anomale

Area Organizzativa coinvolta: Dipartimento di Prevenzione Sanità Animale Area A (M3)						
	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
8.	Controlli morsicatori	Basso rischio potenziale emerso	Coinvolgimento di altri enti servizi (pronto soccorso, polizia di stato, Igiene Pubblica....)	BASSO	Interventi di controllo uguali alle comunicazioni del Servizio Igiene Pubblica	Numero di controlli inferiori rispetto a quelli comunicati dal servizio Igiene Pubblica
9.	Rilascio passaporti animali da compagnia	Basso rischio potenziale emerso	Registro dei passaporti rilasciati	BASSO	Rispondenza tra passaporti rilasciati e quelli annotati sul registro	Numero dei passaporti rilasciati e numero degli importi pagati per gli stessi
10.	Corresponsione indennità spettante per l'abbattimento di capi di bestiame infetti	Erogazione non dovuta	Coinvolgimento di altri Enti, Servizi (Regione, Comuni, servizio vet. I.A.O.A.)	BASSO	Numero di capi indennizzati diverso da quello degli abbattuti	Numero di focolai di malattie infettive degli animali che prevedono l'abbattimento
11.	Iscrizione anagrafe canina	Omessa applicazione sanzioni ai proprietari ritardatari o inadempienti nei casi previsti dalla normativa regionale	Controllo sull'attività	MEDIO	Applicazione integrale della norma	Relazione del responsabile sulle verifiche effettuate

Area Organizzativa coinvolta: Dipartimento di Prevenzione SPSAL (M4)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
1.	Attività di vigilanza	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> Sopralluogo con almeno due operatori (va comunque garantito l'intervento immediato anche con un solo operatore in caso di reperibilità o urgenze) Rotazione fra le coppie Dichiarazione di non coinvolgimento (da sottoscrivere con riferimento alle situazioni di incompatibilità con obbligo di astensione di cui all'art. 7 DPR 62/13 da dettagliare entro il 31.03.16) Effettuazione incontri periodici di servizio e di gruppi di lavoro Adozione percorsi proceduralizzati, anche a livello regionale, che prevedano la verifica da parte del responsabile di Servizio (Qualità ed accreditamento) Interlocuzione con i diversi soggetti della prevenzione aziendale (RLS) Verifica omogeneità % di sanzioni su ispezioni 	BASSO	Percentuale n° Sopralluoghi in due rispetto al totale	80%
2.	Attività di Igiene industriale	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> Sopralluogo con almeno due operatori Rotazione fra le coppie Dichiarazione di non coinvolgimento (da sottoscrivere con riferimento alle situazioni di incompatibilità con obbligo di astensione di cui all'art. 7 DPR 62/13 da dettagliare entro il 31.03.16) Effettuazione incontri periodici di servizio e di gruppi di lavoro Adozione percorsi proceduralizzati a livello regionale (Qualità ed accreditamento) Interlocuzione con i diversi soggetti della prevenzione aziendale (RLS) 	BASSO	Percentuale n° Sopralluoghi in due rispetto al totale	80%
3.	Pareri preventivi nuovi insediamenti produttivi NIP	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> Parere congiunto con altri servizi del DIP (ISP) Rotazione degli operatori Dichiarazione di non coinvolgimento (da sottoscrivere con riferimento alle situazioni di incompatibilità con obbligo di astensione di cui all'art. 7 DPR 62/13 da dettagliare entro il 31.03.16) Controllo del Responsabile del servizio 	BASSO	Rispetto della rotazione	100 %

Area Organizzativa coinvolta: Dipartimento di Prevenzione SPSAL (M4)

Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
4. Inchieste su infortuni d'iniziativa e su delega AG	Falsa/omessa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> Inchiesta effettuata da almeno due operatori Rotazione fra le coppie Dichiarazione di non coinvolgimento (da sottoscrivere con riferimento alle situazioni di incompatibilità con obbligo di astensione di cui all'art. 7 DPR 62/13 da dettagliare entro il 31.03.16) Confronto continuo durante lo svolgimento delle indagini con il responsabile e tra gli operatori Adozione percorsi proceduralizzati, anche a livello regionale, che prevedano la verifica da parte del responsabile di Servizio (Qualità ed accreditamento) 	BASSO	Percentuale n° inchiesta in due rispetto al totale	80%
				Verifica della corrispondenza dell'applicazione della procedura "indagine infortunio sul lavoro" sul 50% del totale dei casi, da parte del Dirigente e del coordinatore tecnico	100%
5. Inchiesta su malattie professionali d'iniziativa o su delega AG	Falsa/omessa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> Rotazione degli operatori sulle aziende tuttora esistenti oggetto di indagine, in caso di più indagini sulla stessa azienda nell'arco di due anni. Dichiarazione di non coinvolgimento (da sottoscrivere con riferimento alle situazioni di incompatibilità con obbligo di astensione di cui all'art. 7 DPR 62/13 da dettagliare entro il 31.03.16) Confronto continuo durante lo svolgimento delle indagini con il responsabile e tra gli operatori 	BASSO	Percentuale n° inchieste sulla stessa azienda nell'arco di due anni effettuate da operatori diversi	80%
6. Esame Ricorsi ex art. 41 D.Lgs. 81/08	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> Esame ricorso in ambito collegiale (almeno 2 operatori) Dichiarazione di non coinvolgimento (da sottoscrivere con riferimento alle situazioni di incompatibilità con obbligo di astensione di cui all'art. 7 DPR 62/13 da dettagliare entro il 31.03.16) 	BASSO	N° ricorsi esaminati in collegiale	100%

**Area Organizzativa coinvolta: Dipartimento di Prevenzione Igiene degli alimenti di origine animale
Area B (M5)**

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
1.	Ispezioni Veterinarie impianti di macellazione	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisione da parte dei responsabili territoriali • Rispetto normativa regionale per la verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali • Audit sull'azienda effettuati da Team leader e Auditor • Turnazione/Rotazione sulla struttura • Compilazione ceck list 	MEDIO	N° supervisioni/N° ispezioni	Almeno 2%
					Coerenza evidenze on site/Coerenza controlli effettuati	100%
					N° audit/N° aziende N° Turnazioni/Struttura	100%
					Compilazione ceck list	100%
2.	Controllo stabilimenti CEE alimenti Origine Animale	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisione da parte dei responsabili territoriali • Rispetto normativa regionale per la verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali • Audit sull'azienda effettuati da Team leader e Auditor • Turnazione/Rotazione sulla struttura • Compilazione ceck list 	MEDIO	N° supervisioni/N° ispezioni	Almeno 2%
					Coerenza evidenze on site/Coerenza controlli effettuati	100%
					N° audit/N° aziende	50%
					N° Turnazioni/Struttura	20%
					Compilazione ceck list	100%
3.	Interventi imprese registrate alimenti O.A.	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisione da parte dei responsabili territoriali • Rispetto normativa regionale per la verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali • Sopralluogo con almeno due operatori (va comunque garantito l'intervento immediato anche con un solo operatore in caso di reperibilità o di urgenze) • Compilazione ceck list 	MEDIO	N° supervisioni/N° ispezioni	Almeno 2%
					Coerenza evidenze on site/Coerenza controlli effettuati	100%
					N° sopralluoghi con almeno due operatori	100%
					Operatori/N° sopralluoghi Compilazione ceck list	100%

Area Organizzativa coinvolta: Dipartimento Prevenzione IAN (M6)						
	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
1.	Campionamento acque pubbliche	Nessun rischio potenziale rilevato	Nessuna	BASSO	Nessuno	Nessuno
2.	Rilascio certificati di commestibilità specie fungine rilasciate nell'interesse dei privati	Nessun rischio potenziale rilevato	Nessuna	BASSO	Nessuno	Nessuno
3.	Controllo Attività di produzione	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> Supervisione a campione da parte di appositi gruppi di controllo che si alternano sul territorio Rispetto normativa regionale per la verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali Sopralluogo con almeno due operatori Compilazione ceck list Redazione dichiarazione di presenza di conflitto interesse secondo il la normativa vigente 	BASSO	N° supervisioni/N° ispezioni	Almeno 2%
					Coerenza evidenze on site/Coerenza controlli effettuati	100%
					N° sopralluoghi con almeno due operatori/N° sopralluoghi	100%
					Compilazione ceck list	100%
4.	Controllo Attività di trasformazione	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> Supervisione a campione da parte di appositi gruppi di controllo che si alternano sul territorio Rispetto normativa regionale per la verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali Sopralluogo con almeno due operatori Compilazione ceck list Redazione dichiarazione di presenza di conflitto interesse secondo il la normativa vigente 	BASSO	N° supervisioni/N° ispezioni	Almeno 2%
					Coerenza evidenze on site/Coerenza controlli effettuati	100%
					N° sopralluoghi con almeno due operatori/N° sopralluoghi	100%
					Compilazione ceck list	100%
5.	Attività di commercializzazione	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> Supervisione a campione da parte di appositi gruppi di controllo che si alternano sul territorio Rispetto normativa regionale per la verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali Sopralluogo con almeno due operatori Compilazione ceck list Redazione dichiarazione di presenza di conflitto interesse secondo il la normativa vigente 	BASSO	N° supervisioni/N° ispezioni Coerenza evidenze on site/Coerenza controlli effettuati	Almeno 2%
					N° sopralluoghi con almeno due operatori/N° sopralluoghi	100%
					sopralluoghi Compilazione ceck list	100%
						100%

Area Organizzativa coinvolta: Dipartimento Prevenzione IAN (M6)						
	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
6.	Sanzioni amministrative	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> • Controlli con almeno due operatori • Rotazione sulla struttura • Rotazione fra le coppie • Compilazione ceck list • Supervisione a campione da parte di appositi gruppi di verifica controlli ufficiali che si alternano sul territorio • Redazione dichiarazione di presenza di conflitto interesse secondo il la normativa vigente 	MEDIO	N° supervisioni/N° ispezioni	Almeno 2%
					Coerenza evidenze on site/Coerenza controlli effettuati	100%
					N° sopralluoghi con almeno due operatori/N° sopralluoghi	100%
					Compilazione ceck list	100%
7.	Gestione Allerta sanitari	Favorire un commerciante ritardando il ritiro merce	Normativa stringente (24 ore)	BASSO	Audit	Relazione sui risultati degli audit
8.	Gestione certificazione, provvedimenti e valutazione scritti difensivi	Favorire un privato	Commissione che giudica	BASSO	Audit	Relazione sui risultati degli audit
9.	Sorveglianza nutrizionale	Nessun rischio potenziale rilevato	Nessuna	BASSO	Nessuno	Nessuno
10.	Consulenze e controllo sul capitolato di appalto/fornitura nella ristorazione collettivo-assistenziale	Nessun rischio potenziale rilevato	Nessuna	BASSO	Nessuno	Nessuno

Area Organizzativa coinvolta: Dipartimento di Prevenzione Igiene e sanità pubblica (M7)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
1.	Sopralluogo ambienti di vita per Problemi Sanitari generalmente su esposti	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> Sopralluogo con almeno due operatori Rotazione sulla struttura Rotazione fra le coppie 	ALTO	Rispetto della rotazione	Relazione sulla rotazione (motivando eventuali difficoltà)
2.	Autorizzazioni sanitarie	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> Sopralluogo con almeno due operatori Rotazione sulla struttura Rotazione fra le coppie 	ALTO	Rispetto della rotazione	Relazione sulla rotazione (motivando eventuali difficoltà)
3.	Controllo esercizi e strutture soggette a vigilanza	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> Sopralluogo con almeno due operatori Rotazione sulla struttura Rotazione fra le coppie Redazione dichiarazione di presenza di conflitto interesse secondo il la normativa vigente 	ALTO	Rispetto della rotazione	Relazione sulla rotazione. Dichiarazione di assenza conflitto interessi
4.	Commissioni pubblico spettacolo nei comuni	Nessun rischio potenziale rilevato	<ul style="list-style-type: none"> Delibera comunale di nomina 1 titolare 2 supplenti Durata triennale Multidisciplinare che si autocontrolla 	BASSO	Nessuno	Nessuno
5.	Pareri preventivi nuovi insediamenti produttivi NIP	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> Parere congiunto con altri servizi del DIP (MDL) Rotazione dei tecnici Controllo del Responsabile del servizio 	MEDIO	Rispetto della rotazione	100 %
6.	Inchieste epidemiologiche	Nessun rischio potenziale rilevato	<ul style="list-style-type: none"> Nessuna misura specifica adottata 	BASSO	Nessuno	Nessuno
7.	Persone oggetto di interventi/counselling	Nessun rischio potenziale rilevato	<ul style="list-style-type: none"> Nessuna misura specifica adottata 	BASSO	Nessuno	Nessuno
8.	Rilascio pareri, opere pubbliche, regolamenti comunali	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> Atto sottoscritto dal tecnico e dal dirigente Atto tecnico con normativa stringente Redazione dichiarazione di presenza di conflitto interesse secondo la normativa vigente 	MEDIO	Audit	Relazione sui risultati degli audit

Area Organizzativa coinvolta: Dipartimento di Prevenzione Igiene e sanità pubblica (M7)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
9.	Sopralluogo segnalazioni relative alla presenza di coperture in eternit	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> • Sopralluogo con almeno due operatori • Rotazione sulla struttura • Rotazione fra le coppie • Delibera regionale 	MEDIO	Rispetto della rotazione	Relazione sulla rotazione (motivando eventuali difficoltà)
10.	Indagini su delega della magistratura	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> • Sopralluogo con almeno due operatori • Rotazione fra le coppie • Confronto continuo durante lo svolgimento delle indagini con il responsabile e tra gli operatori • Rispetto procedure regionali 	BASSO	Rispetto della rotazione	Relazione sulla rotazione (motivando eventuali difficoltà)
11.	Archiviazione schede di morte	Nessun rischio potenziale rilevato	Controllo random schede archiviate	BASSO	Nessuno	Nessuno
12.	Rilascio certificati di morte	Nessun rischio potenziale rilevato	Nessuna misura specifica adottata	BASSO	Nessuno	Nessuno
13.	Malattie infettive: registrazione notifiche per malattie infettive: inchieste epidemiologiche eseguite	Nessun rischio potenziale rilevato	Nessuna misura specifica adottata	BASSO	Nessuno	Nessuno
14.	Ordine acquisto vaccini	Alterazione del fabbisogno	Controllo dei quantitativi richiesti in base ai dati statistici	BASSO	Vaccini ordinati nell'anno-Vaccini ordinati nell'anno precedente	Relazione sullo scostamento

Area Organizzativa coinvolta: Dipartimento di Prevenzione Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche
Area C (M8)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
1.	Controlli qualità su campioni di diversa matrice (mangime, latte...)	<ul style="list-style-type: none"> Falsa attestazione Alterazione campione 	<ul style="list-style-type: none"> Controllo con almeno due operatori Rotazione sulla struttura Rotazione fra le coppie Redazione dichiarazione di presenza di conflitto interesse secondo il la normativa vigente 	MEDIO	controlli con almeno due operatori	100% dei controlli con almeno due operatori
2.	Sopralluoghi depositi con vendita all'ingrosso e al minuto di farmaci	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> Sopralluogo con almeno due operatori Rotazione sulla struttura Rotazione fra le coppie Redazione dichiarazione di presenza di conflitto interesse secondo il la normativa vigente 	MEDIO	Sopralluoghi con almeno due operatori	100% dei sopralluoghi con almeno due operatori
3.	Sopralluoghi Allevamenti con armadietti farmaceutici	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> Sopralluogo con almeno due operatori Rotazione sulla struttura Rotazione fra le coppie Redazione dichiarazione di presenza di conflitto interesse secondo il la normativa vigente 	MEDIO	Sopralluoghi con almeno due operatori	100% dei sopralluoghi con almeno due operatori
4.	Sopralluogo farmacie	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> Sopralluogo con almeno due operatori Rotazione sulla struttura Rotazione fra le coppie Sottoscrizione dichiarazione assenza conflitto di interessi 	MEDIO	Sopralluoghi con almeno due operatori	100% dei sopralluoghi con almeno due operatori
5.	Sopralluogo ambulatori veterinari	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> Sopralluogo con almeno due operatori Rotazione sulla struttura Rotazione fra le coppie Compilazione checklist Sottoscrizione dichiarazione assenza conflitto di interessi 	MEDIO	Sopralluoghi con almeno due operatori	100% dei sopralluoghi con almeno due operatori
					Compilazione checklist	100% dei sopralluoghi con checklist compilata

Area Organizzativa coinvolta: Dipartimento di Prevenzione Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche
Area C (M8)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
6.	Controlli sul benessere animale	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> • Controllo con almeno due operatori • Rotazione sulla struttura • Rotazione fra le coppie • Compilazione checklist • Gruppo di lavoro controlli • Sottoscrizione dichiarazione assenza conflitto di interessi 	MEDIO	Controlli con almeno due operatori	100% dei controlli con almeno due operatori
					Compilazione checklist	100% dei sopralluoghi con checklist compilata
7.	Controllo stalloni per anemia infettiva	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> • Rotazione sulla struttura • Compilazione checklist • Gruppo di lavoro controlli • Redazione dichiarazione di presenza di conflitto interesse secondo il la normativa vigente 	BASSO	Compilazione checklist	100% dei controlli con checklist compilata
8.	Controlli centri raccolta e magazzinaggio sperma per la fecondazione artificiale equina, bovina suina ovina e caprina.	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> • Controllo con almeno due operatori • Rotazione sulla struttura • Rotazione fra le coppie • Compilazione checklist 	BASSO	Controlli con almeno due operatori	100% dei controlli con almeno due operatori
					Compilazione checklist	100% checklist compilate
9.	Controllo impianti transito e deposito di sottoprodotti di origine animale	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> • Controllo con almeno due operatori • Rotazione sulla struttura • Rotazione fra le coppie • Compilazione checklist • Redazione dichiarazione di presenza di conflitto interesse secondo il la normativa vigente 	MEDIO	controlli con almeno due operatori	100% dei controlli con almeno due operatori
					Compilazione checklist	100% checklist compilate

Area Organizzativa coinvolta: Servizio Acquisizione Beni e Servizi (M9)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
1.	<p>Programmazione.</p> <p>Definizione dei fabbisogni di beni consumabili e servizi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza efficacia ed economicità - Nelle consultazioni preliminari di mercato, la mancanza di trasparenza nelle modalità di dialogo con gli operatori consultati - Acquisizione di prodotti impropriamente classificati come infungibili 	<ul style="list-style-type: none"> - Il fabbisogno deve essere espressamente esplicitato in termini di natura, quantità e tempistica - Audit interni sulla determinazione del fabbisogno con partecipazione dei servizi e della direzione aziendale con formalizzazione dell'audit - Adozione di delibera per programmazione triennale degli acquisti - Individuazione criteri di priorità - Elaborazione dello scadenzario dei contratti - Pubblicazione periodica degli affidamenti - Pubblicazione, sui siti istituzionali, di report periodici in cui siano rendicontati i contratti prorogati e i contratti affidati in via d'urgenza e relative motivazioni - Adozione di criteri trasparenti per documentare il dialogo con i soggetti privati e con le associazioni di categoria, prevedendo, tra l'altro, verbalizzazioni e incontri aperti al pubblico e il coinvolgimento del RPC; effettuazione di consultazioni collettive e/o incrociate di più operatori e adeguata verbalizzazione/ registrazione delle stesse - Applicazione delle Linee guida ANAC n. 8 "Ricorso a procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando nel caso di forniture e servizi ritenuti infungibili" - Dichiarazione di infungibilità del professionista competente - Applicazione Procedura Qualità. 	ALTO	<ul style="list-style-type: none"> - Numero degli affidamenti non programmati, rispetto al totale degli affidamenti effettuati in un determinato arco di tempo - Numero incontri per consultazioni preliminari aperti al pubblico, effettuati nel periodo - Numero affidamenti per prodotti infungibili effettuati in conformità alle Linee Guida ANAC e con Dichiarazione di infungibilità del professionista competente 	<ul style="list-style-type: none"> - Gli affidamenti non programmati non devono essere più del 30% del totale degli affidamenti effettuati - Il 100% degli incontri per consultazioni preliminari effettuati devono essere aperti al pubblico - Il 100% degli affidamenti per prodotti infungibili effettuati in conformità alle Linee Guida ANACe con Dichiarazione di infungibilità del professionista competente

2.	<p>Progettazione della gara</p> <p>Predisposizione Capitolati d'appalto da porre a base di gara</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Previsione di requisiti restrittivi di partecipazione alla gara - Previsione di elementi ad alta discrezionalità nella definizione delle caratteristiche tecnico-economiche tali da favorire un operatore economico o da eludere l'applicazione di alcune disposizioni normative - Acquisto autonomo di beni presenti in convenzioni, accordi quadro e mercato elettronico - Elusione delle regole di affidamento degli appalti, mediante l'improprio utilizzo di sistemi di affidamento, di tipologie contrattuali o di procedure negoziate e affidamenti diretti per favorire un operatore; - Individuazione discrezionale degli operatori economici da consultare e mancata rotazione nelle procedure negoziate e affidamenti diretti - Abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere; - Acquisto autonomo di beni/servizi presenti in convenzioni-accordi quadro-SDAPA-MEPA 	<ul style="list-style-type: none"> - Acquisizione di dichiarazioni, da parte dei soggetti coinvolti nella progettazione, con le quali si attesta l'assenza di incompatibilità e di conflitto di interessi in relazione alla gara. - Obbligo di motivazione nella determina a contrarre in ordine sia alla scelta della procedura in relazione all'offerta della Centrale di committenza e di Consip, sia alla scelta del sistema di affidamento adottato ovvero della tipologia contrattuale - Preventiva individuazione, mediante direttive e circolari interne, di procedure atte ad attestare il ricorrere dei presupposti legali per indire procedure negoziate o procedere ad affidamenti diretti da parte del RP. - Predeterminazione nella determina a contrarre dei criteri che saranno utilizzati per l'individuazione delle imprese da invitare per procedure negoziate e affidamenti diretti - Pubblicazione di appositi avvisi per manifestazioni di interesse, sorteggi su MEPA e utilizzo di elenchi aperti di operatori economici - Determinazione dell'importo del contratto a base d'asta: il valore stimato del contratto è basato sui dati di consumo; peraltro i DEC certificano tali valori e devono adeguatamente relazionare nel caso di variazioni nella nuova gara dell'importo necessario a garantire la corretta esecuzione del contratto - Acquisizione di dichiarazioni, da parte dei soggetti coinvolti nella progettazione, con le quali si attesta che i beni/servizi non sono presenti sulla piattaforma CONSIP. - Adozione di direttive interne che limitino il ricorso all'OEPV, in caso di affidamento di beni/servizi standardizzati - Utilizzo dei bandi e capitolati per verificarne la conformità ai bandi tipo redatti dall'ANAC - Utilizzo di clausole standard conformi alle prescrizioni normative con riguardo a garanzie a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici - Pubblicazione nominativi dei componenti delle commissioni e dei curricula sul sito aziendale - Comunicazione del nominativo dei soggetti cui ricorrere in caso di ingiustificato ritardo o diniego dell'accesso ai documenti di gara - Acquisizione offerte tramite protocollo generale dell'ente per le gare che non si svolgono su piattaforma informatica - Conservazione illimitata della documentazione di gara negli archivi aziendali 	ALTO	<ul style="list-style-type: none"> - Numero di delibere a contrarre con indicazione dell'avvenuta verifica dell'esistenza di convenzioni stipulate dalla Centrale di committenza o da Consip rispetto al numero totale di delibere a contrarre - Numero degli affidamenti che hanno utilizzato come criterio di scelta quello dell'offerta economicamente più vantaggiosa rispetto a tutti gli affidamenti effettuati 	<ul style="list-style-type: none"> - Il 100% delle delibere a contrarre deve indicare l'avvenuta verifica dell'esistenza di convenzioni stipulate dalla Centrale di committenza o da Consip - Il 100% degli acquisti di prodotti standardizzati deve essere effettuato con il criterio del prezzo più basso
----	---	--	---	------	---	---

Area Organizzativa coinvolta: Servizio Acquisizione Beni e Servizi (M9)						
	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
		<ul style="list-style-type: none"> - Il ricorso al criterio dell'OEPV per l'affidamento di beni e servizi standardizzati - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti - Alterazione o sottrazione della documentazione di gara sia in fase di gara che in fase successiva di controllo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Menzione nei verbali di gara delle specifiche cautele adottate a tutela dell'integrità e della conservazione delle buste contenenti l'offerta - Applicazione Procedura Qualità 			
3.	RUP	<ul style="list-style-type: none"> - Conflitto d'interesse in relazione all'affidamento - Nomina di responsabili del procedimento privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza; 	<ul style="list-style-type: none"> - Misure di trasparenza volte a garantire la nomina di RP a soggetti in possesso dei requisiti di professionalità necessari - Acquisizione dichiarazione assenza conflitto d'interesse - Previsione di procedure interne che individuino criteri di rotazione straordinaria da applicarsi successivamente al verificarsi di fenomeni corruttivi, prevista nel d.lgs. n. 165 del 30 marzo 2001, art. 16, co. 1, lett. l-quater 	ALTO	- Numero dichiarazioni acquisite	100% dichiarazioni rispetto agli affidamenti
4.	Adesione agli strumenti delle Centrali di	<ul style="list-style-type: none"> - Mancato rispetto dei tempi di invio fabbisogni - Mancata/parziale adesione rispetto al fabbisogno espresso 	<ul style="list-style-type: none"> - Acquisizione dei dati presso i servizi competenti e controllo dei tempi d'invio - Confronto tra fabbisogno espresso e adesione 	MEDIO	Numero invii fabbisogni entro i termini	Gli invii tardivi non devono superare il 30% degli invii
5.	Committenza o dei soggetti aggregatori				Numero recepimenti rispetto i fabbisogni espressi	100% di adesioni rispetto ai fabbisogni espressi
6.	Selezione del contraente	<ul style="list-style-type: none"> - Manipolazioni per ridurre il numero dei concorrenti o per applicare in modo distorto i criteri di aggiudicazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Rilascio da parte dei commissari delle dichiarazioni di assenze di conflitto di interessi, di inconfiribilità e dichiarazione ex art.51 c.p.c. - Accessibilità online della documentazione di gara e delle informazioni complementari rese - Applicazione Procedura Qualità. 	ALTO	<ul style="list-style-type: none"> - Numero procedure con un solo offerente rapportato al numero totale di procedure attivate - Numero delle dichiarazioni acquisite rispetto al numero dei commissari nominati 	<ul style="list-style-type: none"> - Il numero delle procedure con un solo offerente non deve superare il 30% del totale delle procedure attivate - Acquisizione del 100% delle dichiarazioni dei commissari

Area Organizzativa coinvolta: Servizio Acquisizione Beni e Servizi (M9)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
7.	Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	<ul style="list-style-type: none"> - Tempo intercorrente tra aggiudicazione efficace e stipula - Alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche in capo all'aggiudicatari - Prescrizioni del bando e delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti; - Mancata pubblicazione dei provvedimenti di affidamento per evitare la proposizione di ricorsi - Mancata pubblicazione dei provvedimenti di esclusione per evitare la proposizione di ricorsi - Ricorrenza delle aggiudicazioni ai medesimi Operatori economici 	<ul style="list-style-type: none"> - Rilevazione tempi di stipula - Utilizzo AVCPASS - Tracciabilità dei flussi finanziari - Previsione in tutti i bandi, gli avvisi, le lettere di invito o nei contratti adottati di una clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità - Adozione degli affidamenti con Delibera del Direttore Generale o con Determina Dirigenziale, pubblicate nell'Albo Pretorio dell'Ente - Pubblicazione dei provvedimenti di esclusione sul portale aziendale, sezione "Amministrazione trasparente" e comunicazione degli stessi agli interessati nei termini di legge - Pubblicazione di appositi avvisi per manifestazioni di interesse, sorteggi su MEPA, utilizzo di elenchi aperti di operatori economici e raccolta di dichiarazioni da parte del RUP circa l'assenza di conflitto di interessi 	MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> - Numero contratti verificati - Numero degli aggiudicatari verificati rispetto alle aggiudicazioni effettuate - Numero degli affidamenti pubblicati nell'Albo Pretorio dell'Ente rispetto agli affidamenti effettuati - Numero provvedimenti di esclusione pubblicati sul portale aziendale e comunicati agli stessi agli interessati rispetto al totale 	<ul style="list-style-type: none"> - Il numero dei contratti stipulati dopo 60 gg dall'efficacia dell'aggiudicazione, non deve superare il 30% dei contratti stipulati - 100% degli aggiudicatari con controlli diversificati con riferimento al valore dell'affidamento - 100% degli affidamenti pubblicati nell'Albo Pretorio - 100% dei provvedimenti di esclusione pubblicati sul portale aziendale e comunicati agli stessi agli interessati

Area Organizzativa coinvolta: Servizio Acquisizione Beni e Servizi (M9)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
8.	Esecuzione del contratto	<ul style="list-style-type: none"> - Mancato controllo sullo stato di avanzamento dell'esecuzione - Ricorso alle varianti, in difformità dalla legge - Ricorso al subappalto in violazione della normativa e omesso controllo del subappaltatore - Mancato rispetto dei tempi di esecuzione e delle clausole contrattuali - Ricorso a sistemi alternativi di risoluzione delle controversie per favorire l'esecutore 	<ul style="list-style-type: none"> - Individuazione del Direttore Esecuzione del Contratto - Trasmissione all'ANAC delle varianti - Ammissione esclusivamente dei subappalti indicati in sede di offerta e nel limite della quota del 30% dell'importo del contratto - Redazione, per i maggiori servizi appaltati, di apposite check-list a cura del Direttore di Esecuzione del Contratto e dei relativi assistenti per verificare la conformità al contratto delle prestazioni rese e il rispetto delle tempistiche - Applicazione di penali a carico dell'appaltatore - Pubblicazione degli accordi bonari e transazioni nel periodo di riferimento 	ALTO	<ul style="list-style-type: none"> - Numero delle varianti approvate rispetto al numero degli affidamenti - Numero dei subappalti indicati in sede di offerta rispetto al totale di subappalti - Numero dei subappalti controllati rispetto al totale di subappalti - Numero di accordi bonari e transazioni pubblicati rispetto al totale di accordi bonari e transazioni 	<ul style="list-style-type: none"> - Le varianti non devono superare il 30% del numero degli affidamenti - 100% dei subappalti indicati in sede di offerta - 100% dei subappalti controllati - 100% di accordi bonari e transazioni pubblicati
9.	Rendicontazione del contratto	<ul style="list-style-type: none"> - Mancata acquisizione dei certificati di regolare esecuzione, di acquisizione dei beni o dei collaudi - Mancata acquisizione del CIG - Collusione con l'appaltatore per agevolarlo nell'esecuzione del contratto 	<ul style="list-style-type: none"> - Nomina del collaudatore e del Direttore Esecuzione del Contratto e individuazione del Responsabile del recepimento del bene - Pubblicazione del report periodico delle procedure di gara espletate sul sito aziendale - Effettuazione dei pagamenti solo a seguito di attestazione di regolare esecuzione del contratto rilasciata dal Direttore di Esecuzione del Contratto 	MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> - Numero dei collaudi effettuati rispetto al numero degli acquisiti di apparecchiature - Numero di pagamenti effettuati a seguito di attestazione di regolare esecuzione del contratto rispetto al numero totale di pagamenti 	<ul style="list-style-type: none"> - 100% dei collaudi delle apparecchiature - 100% dei di pagamenti effettuati a seguito di attestazione di regolare esecuzione del contratto

Area Organizzativa coinvolta: Servizio Acquisizione Beni e Servizi (M9)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
10.	Liquidazione	<ul style="list-style-type: none"> - Liquidazione somme non dovute - Collusione con l'appaltatore per agevolarlo nella fase di liquidazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Regolamento aziendale - Più attori coinvolti nel processo - Liquidazione attraverso determina dirigenziale informatizzata (istruttore+ RUP+ dirigente) - Pubblicazione dei dati sul portale web aziendale - Dichiarazione assenza conflitto interesse da parte dei sottoscrittori dell'atto di liquidazione 	BASSO	<ul style="list-style-type: none"> - Numero di liquidazioni effettuate con Determina Dirigenziale informatizzata rispetto al numero totale di liquidazioni - Numero di liquidazioni effettuate in cui si attesta l'assenza di conflitto interesse rispetto al numero totale di liquidazioni 	<ul style="list-style-type: none"> - 100% liquidazioni effettuate con Determina Dirigenziale informatizzata - 100% liquidazioni effettuate con attestazione assenza di conflitto interesse
11.	Gestione cassa economale	Sottrazione indebita somme	<ul style="list-style-type: none"> - Regolamento aziendale - Applicazione Procedura Qualità. 	BASSO	Numero rilievi del Collegio Sindacale	0 rilievi del Collegio Sindacale
12.	Gestione magazzini economici	Sottrazione indebita beni	<ul style="list-style-type: none"> - Adozione modulistica carico/scarico in qualità - Richieste dei reparti e ricevute con timbro e firma leggibile - Studio di apposito sw per gestire informaticamente la procedura - Applicazione Procedura Qualità. 	BASSO	Discordanze riscontrate in sede di inventario	0 discordanze
13.	Affidamenti diretti	<ul style="list-style-type: none"> - Favorire un fornitore - Favorire il fornitore già affidatario con nuovo affidamento diretto 	<ul style="list-style-type: none"> - Presenza di regolamento aziendale - Incisività della normativa (art. 1 comma 2bis del 241/1990 – art. 49 comma 4 D.Lgs 36/2023) 	ALTO	- numero affidamenti consecutivi allo stesso fornitore	Relazione sugli indicatori
14.	Annullamento gare appalto	<ul style="list-style-type: none"> - Favorire un fornitore - Favorire il fornitore già affidatario con nuovo affidamento diretto 	<ul style="list-style-type: none"> - Presenza di regolamento aziendale - Incisività della normativa (art. 1 comma 2bis del 241/1990 – art. 49 comma 4 D.Lgs 36/2023) 	ALTO	<ul style="list-style-type: none"> - numero annullamenti - cause che hanno portato all'annullamento della gara (vizi formali, violazioni delle norme sulla concorrenza, irregolarità nelle offerte...) - Fasi della gara interessate - Importo dell'appalto 	Relazione sugli indicatori

Area Organizzativa coinvolta: Affari Generali/Legali (M10)

Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
1. Conferimento incarico di patrocinio a legali esterni per difesa azienda su contenzioso civile/amministrativo/tributario	Affidamento incarico a legale senza tener conto di almeno i due seguenti parametri: 1. Adeguata esperienza professionale nella materia oggetto del contenzioso così come risultante dal curriculum e dai contenziosi gestiti e vinti 2. Economicità*	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilità elenco dei legali con riferimento alle varie branche del contenzioso Incarico affidato con atto formale Acquisizione preventivo di spesa per gli oneri di difesa, nel rispetto dei tariffari forensi vigenti tempo per tempo Monitoraggio continuo dell'attività del legale a cura del competente ufficio Verifica dei risultati conseguiti da ciascun legale affidatario degli incarichi. 	MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> - verifica corretto svolgimento incarico - verifica congruità oneri con riferimento a preventivo acquisito e, ovviamente, al tariffario forense vigente 	n. contenziosi/n. incarichi = 1
2. Liquidazione fatture	Liquidazioni non dovute	<ul style="list-style-type: none"> Regolamento ciclo passivo Più attori nel processo Liquidazione attraverso determina dirigenziale informatizzata (istruttore+RUP+dirigente) Pubblicazione dei dati sul portale web aziendale Dichiarazione assenza conflitto interesse 	BASSO	corrispondenza dovuto/liquidato	Verifica a campione della corrispondenza dovuto/liquidato
3. Accettazione Donazioni Beni/Denaro	Mancato rispetto della normativa sugli acquisti	<ul style="list-style-type: none"> Codice Civile Titolo V, Capo I, artt. 769 e seguenti. Regolamento aziendale in materia di accettazione di donazioni e lasciti, (delibera n.491 del 20/05/2015). Atto formale di accettazione con delibera del DG. Nel parere del servizio accettante destinatario di beni ed attrezzature, il responsabile dovrà anche indicare se il bene/attrezzatura necessita di materiale di consumo (se si l'incidenza economica rispetto al valore del bene) e/o di manutenzione Pubblicazione ulteriore di dati (così come da P.T.P.C.T. 	MEDIO	Verificare il rispetto di tutte le misure di prevenzione	Relazione annuale
4. Conferimento incarichi dirigenziali e di funzione	Favorire un dipendente nell'attribuzione dell'incarico	<ul style="list-style-type: none"> Presenza di regolamenti aziendali sull'attribuzione di incarichi 	MEDIO	Rispetto dei regolamenti	Relazione sulle verifiche effettuate

Area Organizzativa coinvolta: Affari Generali/Legali (M10)						
	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
5.	Dichiarazioni di inconfiribilità e incompatibilità dei direttori amministrativo e Sanitario	<ul style="list-style-type: none"> Mancata redazione della dichiarazione e conseguente impossibilità di conoscere eventuali cause di inconfiribilità incompatibilità Incompletezza della dichiarazione Assegnare incarico a soggetto incompatibile o in presenza di cause di inconfiribilità. 	<ul style="list-style-type: none"> Obbligo di acquisizione, prima del conferimento dell'incarico e successivamente, annualmente, delle dichiarazioni di cui all'art. 20 del D.Lgs. 39/2013 Obbligo di controllo della completezza delle dichiarazioni Obbligo di pubblicazione nella sezione dedicata di "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale. 	Medio	Avvenuta acquisizione, controllo e pubblicazione delle dichiarazioni	Relazione sull'avvenuta acquisizione e pubblicazione delle dichiarazioni

Area Organizzativa coinvolta: Servizio medicina convenzionata territoriale, specialistica (M11)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
1.	Conferimento di incarico provvisorio dei Pediatri di Libera Scelta/Medici Assistenza Primaria	Favorire un medico	<ul style="list-style-type: none"> Il comitato aziendale valuta in tutti i casi l'opportunità o meno di conferire l'incarico Le graduatorie da cui si attinge il PLS/MMG sono graduatorie regionali e pubblicate su BUR L'ACN disciplina l'assegnazione dell'incarico in modo stringente e dettagliato 	Basso	100% degli incarichi nel rispetto delle misure adottate	Compilazione report con risultati dei controlli
2.	Conferimento incarico provvisorio nel Servizio di Continuità Assistenziale	Favorire un medico	<ul style="list-style-type: none"> Pubblicazione di un avviso e redazione della graduatoria aziendale secondo i criteri individuati dall'ACN e dall'Accordo Integrativo Regionale. Pubblicazione della graduatoria aziendale su BUR Conferimento incarico attingendo dalla graduatoria aziendale Acquisizione eventuale diniego all'accettazione dell'incarico proposto formalmente L'ACN disciplina l'assegnazione dell'incarico provvisorio in modo stringente e dettagliato 	Basso	100% degli incarichi nel rispetto delle misure adottate	Compilazione report con risultati dei controlli
3.	Conferimento incarico provvisorio nel Servizio Medicina Specialistica Ambulatoriale	Favorire un medico	L'ACN disciplina la procedura per il conferimento dell'incarico provvisorio in modo stringente e dettagliato	Basso	100% degli incarichi nel rispetto delle misure adottate	Compilazione report con risultati dei controlli
4.	Conferimento incarico a tempo indeterminato nel Servizio Medicina Specialistica Ambulatoriale	Favorire un medico	<ul style="list-style-type: none"> L'espletamento dell'intera procedura vede coinvolti diversi soggetti: Il responsabile dei servizi territoriali rappresenta il proprio fabbisogno; La direzione aziendale valuta i fabbisogni che sono presentati al comitato zonale Pubblicazione degli avvisi per la copertura dei turni sull'albo pretorio del comitato zonale e sul sito aziendale in amministrazione trasparente sottosezione Bandi di Concorso Conferimento dell'incarico secondo l'ordine di priorità indicato dall'ACN Il conferimento dell'incarico si conclude con atto formale (delibera/determina) 	Basso	100% degli incarichi nel rispetto delle misure adottate	Compilazione report con risultati dei controlli

Area Organizzativa coinvolta: Servizio medicina convenzionata territoriale, specialistica (M11)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
5.	Conferimento incarico a tempo determinato nel Servizio Medicina Specialistica Ambulatoriale	Favorire un medico	<ul style="list-style-type: none"> L'espletamento dell'intera procedura vede coinvolti diversi soggetti: Il responsabile dei servizi territoriali rappresenta il proprio fabbisogno La direzione aziendale valuta i fabbisogni che sono presentati al comitato zonale Pubblicazione degli avvisi per la copertura dei turni sull'albo pretorio del comitato zonale e sul sito aziendale in amministrazione trasparente sottosezione Bandi di Concorso Conferimento dell'incarico sulla base dell'ordine di priorità stabilito dall'ACN Il conferimento dell'incarico si conclude con atto formale (delibera/determina) 	Basso	100% degli incarichi nel rispetto delle misure adottate	Compilazione report con risultati dei controlli
6.	Conferimento incarico a tempo indeterminato/determinato nel Servizio Medicina Specialistica Ambulatoriale con richiesta di particolari capacità	Favorire un medico	<ul style="list-style-type: none"> L'espletamento dell'intera procedura vede coinvolti diversi soggetti: Il responsabile dei servizi territoriali rappresenta il proprio fabbisogno dando motivazione circa la necessità del possesso di particolari capacità; La direzione aziendale valuta i fabbisogni che sono presentati al comitato zonale Pubblicazione degli avvisi per la copertura dei turni sull'albo pretorio del comitato zonale e sul sito aziendale in amministrazione trasparente sottosezione Bandi di Concorso Conferimento dell'incarico sulla base della valutazione della commissione Il conferimento dell'incarico si conclude con atto formale (delibera/determina) 	Medio	100% degli incarichi nel rispetto delle misure adottate	Compilazione report con risultati dei controlli
7.	Liquidazione stipendi	Riconoscimento somme non dovute	<ul style="list-style-type: none"> Coinvolgimento di più soggetti nel processo, anche di altre strutture; Inserimento della dichiarazione di assenza di conflitto di interesse nella determina di liquidazione degli stipendi In presenza del pagamento di incentivi adozione di un atto deliberativo con indicazione per ciascun medico dell'importo da erogare Alta informatizzazione delle procedure 	Basso	Rispetto delle misure di sicurezza	Relazione sui controlli effettuati

Area Organizzativa coinvolta: Servizio medicina convenzionata territoriale, specialistica (M11)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
8.	Riconoscimento forme associative MMG e PLS	Riconoscimento forme associative non rispondenti alla norma contrattuale	<ul style="list-style-type: none"> Normativa contrattuale stringente Normativa Regionale stringente Richiesta verifica del possesso dei requisiti (Ai distretti di riferimento ed agli altri servizi aziendali) Acquisizione dell'esito delle verifiche Riconoscimento delle forme associative con atto deliberativo 	Basso	Rispetto del 100% delle misure di sicurezza	Compilazione del report con i risultati
9.	Svolgimento incarico di specialista ambulatoriale, veterinario, professionista convenzionato	Svolgimento incarico in di situazione incompatibilità	<ul style="list-style-type: none"> Acquisizione di apposita autocertificazione all'atto del conferimento dell'incarico Controlli incrociati presso le Aziende SSR dell'Umbria per verificare l'eventuale sussistenza di rapporti incompatibili 	Medio	<ul style="list-style-type: none"> 100% delle dichiarazioni acquisite al momento dell'assegnazione dell'incarico 100% dei controlli incrociati all'atto del conferimento dell'incarico Un controllo incrociato complessivo annuale 	Relazione sui controlli effettuati

Area Organizzativa coinvolta: Servizio Economico Finanziario (M12)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
1.	Ciclo passivo: pagamenti	Mancato rispetto della cronologia per effettuazione di pagamenti	<ul style="list-style-type: none"> • Presenza del manuale aziendale del ciclo passivo che impone il pagamento entro 10 giorni dalla data della determina di liquidazione qualora tutti i controlli (DURC, Equitalia, tracciabilità, controlli ex 48 bis ...) risultino regolari. • Informatizzazione della procedura per l'adozione delle determine con conseguente tracciabilità anche cronologica di tutto il processo. Eventuali deroghe devono essere motivate 	BASSO	Pagamenti effettuati dopo il 10° giorno dal ricevimento della determina	Numero dei pagamenti oltre il 10° giorno dalla determina non giustificati da impedimenti normativi
2.	Ciclo attivo: riscossioni	Riscossione di somme diverse da quelle dovute	<ul style="list-style-type: none"> • Presenza del manuale aziendale del ciclo attivo • Presenza del regolamento delle casse • Alta informatizzazione delle procedure di fatturazione ed incasso • Informatizzazione scadenziario fatture con emissione automatica del sollecito di pagamento 	BASSO	<ul style="list-style-type: none"> • Concordanza fra fattura emessa e la documentazione fornita. • Numero solleciti uguale a numero scadute non pagate 	Controllo a campione (almeno 10%)
3.	Registrazione incassi Centri Unificati Prenotazione (CUP)	Versamento inferiore all'incasso	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica mensile della corrispondenza tra gli incassi presso il tesoriere e gli incassi risultanti dalla procedura gestionale di contabilità 	BASSO	Corrispondenza fra la documentazione attestante il carico degli incassi registrati nelle procedure e quelli realmente versati in tesoreria	Controllo a campione
4.	Verifica Cassa economale	Non corretta verifica	<ul style="list-style-type: none"> • Applicazione regolamento aziendale • Verifiche effettuate con almeno due operatori • Redazione verbale corredato da adeguata documentazione (evidenze contabili estratti dai sistemi gestionali) 	BASSO	Verifiche periodiche di norma trimestralmente	Relazione annuale
5.	erogazioni liberali a sostegno del contrasto all'emergenza	Non trasparenza di movimenti di denaro e beni	<ul style="list-style-type: none"> • Pubblicazione dei dati sulle erogazioni liberali a sostegno del contrasto all'emergenza epidemologica da COVID-19 	BASSO	Avvenuta pubblicazione	Relazione annuale

Area Organizzativa coinvolta: Servizio Economico Finanziario (M12)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
	epidemiologica da COVID-19					

Area Organizzativa coinvolta: Direzioni Mediche Presidi Ospedalieri (M13)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
1.	Attività conseguenti al decesso	Indirizzare la scelta nei confronti di una determinata impresa funebre in cambio di una quota sugli utili.	<ul style="list-style-type: none"> Collocazione della salma presso l'obitorio da parte del personale in servizio al momento del decesso Disposizione di servizio a tutto il personale coinvolto sul divieto di fornire indicazioni di alcun tipo sulle imprese funebri o contattare direttamente le imprese per conto dei familiari 	ALTO	Applicazione integrale delle misure	Relazione sulla corretta adozione delle misure
2.	Attività conseguenti al decesso	richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario)	Disposizione di servizio a tutto il personale coinvolto sul divieto di fornire prestazioni e compiti non propri	ALTO	Applicazione integrale delle misure	Relazione sulla corretta adozione delle misure
3.	Rilascio cartella clinica/referto pronto soccorso	Favorire rilascio ad un non legittimato	<ul style="list-style-type: none"> Rispetto normativa e Regolamento aziendale Istruzioni e formazione agli operatori 	BASSO	N° cartelle rilasciate secondo procedura aziendale / N° cartelle rilasciate = 100%	Verifica diretta da parte del Responsabile del P.O. tramite autenticazione cartella

Area Organizzativa coinvolta: Direzioni Mediche Presidi Ospedalieri (M13)						
	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
4.	Liste attese sale operatorie	Alterazione liste attese: - Al momento di assegnazione classe di priorità - Al momento di compilazione della lista - Al momento della assegnazione della seduta operatoria al singolo professionista	<ul style="list-style-type: none"> • adozione della “procedura aziendale delle agende di prenotazione e della preospedalizzazione per i ricoveri chirurgici programmabili” in sostituzione degli attuali regolamenti • attuazione dei controlli trimestrali per tutte le fasi di rischio individuate con particolare riferimento al rispetto dell’ordine cronologico a parità di classi di priorità • controllo sulla validazione delle schede di preospedalizzazione da parte del Responsabile della singola struttura. 	ALTO	Adozione della procedura	Relazione circa le risultanze delle verifiche effettuate

Area Organizzativa coinvolta: Ufficio di piano: Anagrafe (M14)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
1.	Scelta e revoca del medico	<ul style="list-style-type: none"> • False o fuorvianti informazioni agli utenti • Influenzare scelte • False deleghe 	<ul style="list-style-type: none"> • Invio lettera informativa agli assistiti dei medici che lasciano la convenzione • Elenchi medici esposti e pubblicati sul sito web aziendale • Istruzioni agli operatori 	MEDIO	Verifica deleghe	Report sulla verifica annuale
2.	Richiesta duplicato Tessera sanitaria/TEAM	Nessun rischio potenziale rilevato	<ul style="list-style-type: none"> • Le operazioni di richiesta/duplicato sono totalmente informatizzate a livello ministeriale con blocco delle funzioni di modifica. Si può solo richiedere o stampare i contenuti che altri uffici hanno inserito. 	BASSO	nessuno	nessuno
3.	Rilascio esenzione ticket per patologia	False certificazioni	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliamento dei collegamenti on line con le funzioni anagrafiche comunali, in attesa dell'avvio del progetto regionale anagrafi • Azioni formative ai dipendenti dei Centri Unici di Prenotazione in ordine al miglioramento del caricamento dati nel sistema a disposizione • Verifica e controllo a campione da parte del responsabile 	MEDIO	Controllo sulla struttura pubblica emittente	Report sulle risultanze delle verifiche effettuate
4.	Esenzioni ticket per età e reddito	Falsa attribuzione	<ul style="list-style-type: none"> • Controlli informatizzati con comuni e MEF su tutte le posizioni • Applicazione della normativa vigente 	BASSO	Verifica su tutte le autocertificazioni su file trasmesso da SOGEI	Report sulle risultanze delle verifiche effettuate
5.	Assistenza sanitaria cittadini italiani c/o paesi UE o Stati convenzionati e lavoratori italiani distaccati all'estero	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> • Coinvolgimento di soggetti esterni (Regione, Ministero, Presidio Ospedaliero) • Rispetto della procedura aziendale 	BASSO	Applicazione dei controlli previsti nella procedura aziendale	Report sugli esiti dei controlli
6.	Assistenza sanitaria stranieri a carico di paesi UE e Stati convenzionati	Falsa documentazione	<ul style="list-style-type: none"> • Rispetto della procedura aziendale 	BASSO	Applicazione dei controlli previsti nella procedura aziendale	Report sugli esiti dei controlli

Area Organizzativa coinvolta: Ufficio di piano: Anagrafe (M14)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
7.	Ricoveri all'estero in centri di alta specializzazione - assistenza diretta mod. S/2	Falsa documentazione	<ul style="list-style-type: none"> • Rispetto della procedura aziendale • Partecipazione al processo di più operatori anche di Enti diversi • Intervento dei Centri Regionali di Riferimento • Informatizzazione del processo 	BASSO	Applicazione dei controlli previsti nella procedura aziendale	Report sugli esiti dei controlli
8.	Ricoveri all'estero in centri di alta specializzazione - assistenza indiretta	Falsa documentazione	<ul style="list-style-type: none"> • Coinvolgimento di soggetti esterni • rispetto della procedura aziendale 	BASSO	Applicazione dei controlli previsti nella procedura aziendale	Report sugli esiti dei controlli
9.	Rimborso per prestazioni Sanitarie/ricoveri fruiti all'estero	Falsa documentazione	<ul style="list-style-type: none"> • Coinvolgimento di soggetti esterni • Rispetto della procedura aziendale 	BASSO	Applicazione dei controlli previsti nella procedura aziendale	Report sugli esiti dei controlli

Area Organizzativa coinvolta: Ufficio di Piano: CUP Aziendale (M15)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
1.	Prenotazione prestazioni sanitarie (CUP)	Abuso per scavalcare liste d'attesa	<ul style="list-style-type: none"> • CUP Regionale • Tutti i CUP possono accedere alle stesse agende di primo accesso • Controllo del Back Office 	BASSO	Esito verifiche sulle agende effettuate dal Back Office	Relazione sugli esiti delle verifiche
2.	Pagamento prestazioni sanitarie (CUP)	Basso rischio potenziale emerso	<ul style="list-style-type: none"> • Favorire l'utilizzo dei mezzi di pagamento elettronici 	BASSO	Pagamenti effettuati con il POS	Relazione sulle percentuali di utilizzo del POS
3.	Accettazione diretta prestazioni sanitarie (CUP)	Abuso per scavalcare liste d'attesa	<ul style="list-style-type: none"> • Confronto sistematico con gli ambulatori per contenere il ricorso alla procedura di accettazione diretta • Accettazione possibile solo con richiesta espressa del reparto competente con modulistica prevista in procedura (accettazione di secondo livello presso i reparti è invece consentita) 	MEDIO	Numero accettazioni /Totale erogato (al netto di ciò che non è primo accesso)	Relazione sulla percentuale accettazioni/erogato Inferiore al 15%
4.	Rimborso ticket (per prestazioni non effettuate)	Falsa documentazione per sottrarre gli importi rimborsati	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizzo apposita modulistica • Aggravamento della procedura di rimborso (impegnativa, firma del medico, firma dell'assistito) • Verifica a campione con cadenza semestrale della documentazione in almeno tre postazioni CUP, con rotazione. 	BASSO	Verifica puntuale su tutte le postazioni che abbiano: <ul style="list-style-type: none"> • un numero di storni superiori a 50 rimborsi nel semestre o • una percentuale rispetto agli incassi effettuati superiore allo 0,5% 	Relazione sulla reportistica delle verifiche effettuate
5.	Recupero ticket (importi dovuti e non pagati)	Favorire pazienti non richiedendo il pagamento dovuto	<ul style="list-style-type: none"> • Aggravamento procedura con CUP Aziendale che effettua i controlli • Controllo da parte del back office del rispetto della norma che impone il pagamento ticket prima della effettuazione della prestazione 	BASSO	Numero prestazioni erogate ad assistiti paganti = al numero delle prestazioni pagate	Relazione sullo stato dei pagamenti
6.	Storno pagamenti effettuati (annullamento pagamento per errore o volontà utente)	Falsa documentazione per sottrarre gli importi stornati	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizzo apposita modulistica • Controllo del numero di storni effettuati dallo stesso operatore (identificato per termID) 	MEDIO	Numero storni /Numero riscossioni	Il numero degli storni inferiore al 1% rispetto agli incassi
7.	Attività "Farmacup"	Falsa attività di prenotazione per aumentare fittiziamente il fatturato	<ul style="list-style-type: none"> • Controllo numero delle operazioni anomale (es. cancellazioni) • Controllo puntuale in caso di indicatore elevato 	MEDIO	Numero percentuale delle cancellazioni per postazione "Farmacup"	Confronto delle percentuali di tutte postazioni e verifica degli eccessivi scostamenti

Area Organizzativa coinvolta: Ufficio di Piano: CUP Aziendale (M15)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
8.	Gestione agende di prenotazione e liste d'attesa	Gestione delle liste d'attesa per favorire: - attività libero professionali - attività di strutture private - singoli specialisti	<ul style="list-style-type: none"> • Adozione regolamento aziendale • Verifica delle richieste di apertura/chiusura agende • Estrazione da procedura delle variazioni effettuate 	ALTO	Controllo a campione della corrispondenza fra cartaceo e report della procedura	100% di corrispondenza
9.	Attività ambulatoriale libero professionale intramoenia ed allargata	Favorire l'attività di alcuni specialisti	<ul style="list-style-type: none"> • Adottato regolamento per svolgimento LP • Adottato tariffario con criteri di costruzione della tariffa unico • Applicazione rigorosa del regolamento • Deterrente costituito da attività sanzionatoria normata e dal controllo assegnato ai dirigenti • Le agende di prenotazione devono essere configurate, sotto il controllo diretto del personale dell'azienda in stretta coerenza con l'attività autorizzata in termini di fascia oraria e tempo unitario delle singole prestazioni • la riscossione dei pagamenti della allargata deve essere effettuata esclusivamente con sistemi di pagamento tracciabili (POS/assegni/bonifici) • Predisposizione report per controlli 	ALTO	Numero prestazioni ALPI /Numero prestazioni istituzionali	Estrazione report sui risultati
10.	Estrazione dati economici per liquidazione competenze ALPI	Falsificazione estrazione per incrementare attività di alcuni specialisti	Controllo dati effettuato da più operatori/responsabili	BASSO	Report sui controlli	Relazione
11.	Liquidazione fatture Soc. in house Umbria Salute e "Farmacup"	Falsi/distorti pagamenti per sottrarre somme per prestazioni non erogate o erogate in misura ridotta	<ul style="list-style-type: none"> • Regolamento delibere/determine • Più operatori/responsabili partecipano al processo 	BASSO	corrispondenza dovuto/liquidato	Verifica a campione della corrispondenza dovuto/liquidato

Area Organizzativa coinvolta: Programmazione e gestione amministrativa con la gestione mobilità sanitaria, flussi informativi e di governo (M16)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
1.	Liquidazione	Liquidazioni non dovute	<ul style="list-style-type: none"> • Regolamento ciclo passivo • Più attori nel processo • Liquidazione attraverso determina dirigenziale informatizzata (istruttore+RUP+dirigente) • Pubblicazione dei dati sul portale web aziendale • Dichiarazione assenza conflitto interesse 	BASSO	corrispondenza dovuto/liquidato	Verifica a campione della corrispondenza dovuto/liquidato
2.	Accordi contrattuali della mobilità sanitaria con strutture sanitarie pubbliche e case di cura private	Nessun rischio potenziale rilevato	<ul style="list-style-type: none"> • Normativa nazionale stringente • Presenza di linee guida regionali annuali, che stabiliscono regole controlli e budget. • Attività conseguente alla mera applicazione di norme regionali. Basso potere discrezionale. • Presenza di un comitato esterno di controllo • Pubblicazione dell'accordo sul sito web aziendale 	BASSO	Corrispondenza dell'accordo con le disposizioni regionali	Relazione annuale
3.	Accordi contrattuali della mobilità sanitaria con strutture sanitarie private accreditate	Alterazione definizione contenuti economici	<ul style="list-style-type: none"> • L'importo delle convenzioni è storicamente stabilito in base ai fabbisogni. • Il limite è stabilito con la "spending review". • Definizione di un budget massimo annuo. • Pubblicazione dell'accordo sul sito web aziendale • Sottoscrizione patto di integrità • Verifiche quali/quantitative delle prestazioni erogate ai fini del pagamento 	BASSO	Rispetto del budget	Relazione annuale con reportistica contenente indicazione dello storico per struttura, della definizione del budget e dell'importo liquidato
4.	Flussi informatici mobilità verso strutture private	Non corretta applicazione delle regole sui controlli	<ul style="list-style-type: none"> • Presenza di Disciplinare tecnico regionale. • Presenza di accordo contrattuale. • Controlli da parte della Regione • Controlli da parte delle altre Aziende sanitarie. 	BASSO	Fatturato/tetto stabilito	Relazione annuale

Area Organizzativa coinvolta: Distretto (M17)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
1.	Accesso agli atti e documenti	Fornire accesso a chi non ha diritto	<ul style="list-style-type: none"> Regolamento aziendale e normativa generale Formalizzazione del rilascio 	BASSO	N° accessi secondo regolamento / N° accessi = 100%	Verifica diretta da parte della Direzione del Distretto sulla corretta applicazione regolamento aziendale
2.	Autorizzazione inserimenti in strutture residenziali a gestione diretta/indiretta (RP anziani)	<ul style="list-style-type: none"> Scavalco liste attese Attività volta a favorire determinate strutture 	<ul style="list-style-type: none"> Partecipazione di più operatori nel processo. Gli inserimenti vengono valutati dalle UU.VV.MM. (Organismo composto da più membri) Inserimento in lista di attesa in rigoroso ordine cronologico attraverso il Protocollo informatizzato Applicazione del regolamento aziendale anche per gli inserimenti in urgenza La scelta della struttura avviene direttamente da parte del diretto interessato/tutore/AdS Dichiarazione assenza conflitti di interesse 	ALTO	N° richieste inserimento=n° pazienti inseriti/in lista d'attesa	Verifica applicazione del regolamento aziendale da parte della Direzione del Distretto (per RP)
					N° utenti inseriti in struttura secondo regolamento aziendale / N° utenti inseriti = 100% N° domande idonee protocollate / N° inserimenti = 100%	Attestazione assenza conflitto di interesse per ogni componente UMV in ogni verbale
3.	Autorizzazione inserimenti in strutture semiresidenziali sociosanitarie accreditate e a gestione diretta	Favorire un ingresso	<ul style="list-style-type: none"> Partecipazione di più operatori. Gli inserimenti vengono valutati dalle UU.VV.MM. (Organismo composto da più membri) Dichiarazione assenza conflitto interesse 	BASSO	N° richieste inserimento = n° casi valutati	Verifica casi valutati positivamente e relativi inserimenti
					N°dichiarazioni conflitto interesse=n° casi valutati	Attestazione assenza conflitto di interesse per ogni componente UMV in ogni verbale
4.	Autorizzazione trasporti sanitari	Favorire un paziente	<ul style="list-style-type: none"> Regolamento regionale ed aziendale Più attori nel processo (MMG – Centro di Salute) 	BASSO	N° autorizzazioni=aventi diritto al trasporto	Verifica autorizzazioni
5.	Autorizzazione inserimenti in strutture/comunità terapeutiche per le dipendenze patologiche	<ul style="list-style-type: none"> Favorire un ingresso Favorire una struttura 	<ul style="list-style-type: none"> L'inserimento è valutato da una équipe multidisciplinare Dichiarazione assenza conflitto interesse Presenza di lista d'attesa 	BASSO	Rispetto delle misure di prevenzione	Relazione sui risultati

Area Organizzativa coinvolta: Distretto (M17)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
6.	Autorizzazione Assistenza domiciliare sociosanitaria	Favorire un paziente	<ul style="list-style-type: none"> • Gli inserimenti ed i quantitativi orari e prestazionali vengono valutati dalle UU.VV.MM. (Organismo composto da più membri) e monitorati dai servizi aziendali • Elaborazione PAI e sottoscrizione del "Patto di cura" • Più attori nel processo: MMG, Assistenti Sociali, Direttore Distretto, Responsabili dei Servizi • Dichiarazione assenza conflitto interesse 	MEDIO	<p>corrispondenza PAI/con prestazioni erogate</p> <p>N*dichiarazioni conflitto interesse=n° casi valutati</p>	<p>Verifica a campione della corrispondenza PAI/con prestazioni erogate</p> <p>Attestazione assenza conflitto d'interesse per ogni componente UMV in ogni verbale</p>
7.	Individuazione beneficiari Assegno SLA e gravissime disabilità	<ul style="list-style-type: none"> • Assegnazione assegno a chi non ha diritto rispetto alla previsione normativa • Assegnazione di importo più alto rispetto a quello cui avrebbe diritto 	<ul style="list-style-type: none"> • Gli inserimenti vengono valutati dalle UU.VV.MM. (Organismo composto da più membri) • Monitoraggio regionale • Fondi del FSR dedicati • Dichiarazione assenza conflitto interesse 	BASSO	<p>N° assegnazione secondo regolamento regionale / N° assegnazioni = 100%</p> <p>N*dichiarazioni conflitto interesse=n° casi valutati</p>	<p>Verifica da parte della Direzione del Distretto</p> <p>Attestazione assenza conflitto d'interesse per ogni componente UMV in ogni verbale</p>
8.	Liquidazione	Liquidazioni non dovute	<ul style="list-style-type: none"> • Regolamento ciclo passivo • Più attori nel processo (responsabili dei Servizi/RUP/DEC ove previsti) • Liquidazione attraverso determina dirigenziale informatizzata (istruttore+RUP+dirigente) • Pubblicazione dei dati sul portale web aziendale • Dichiarazione assenza conflitto interesse 	BASSO	corrispondenza dovuto/liquidato	Verifica a campione della corrispondenza dovuto/liquidato
9.	Rilascio copia cartella clinica/documentazione sanitaria	Favorire rilascio ad un non legittimato	<ul style="list-style-type: none"> • Rispetto normativa e Regolamento aziendale • Istruzioni e formazione agli operatori 	BASSO	N° cartelle rilasciate secondo procedura aziendale / N° cartelle rilasciate = 100%	Verifica diretta da parte del Direttore del Distretto tramite autenticazione cartella
10.	Rilascio esenzione ticket per malattia rara	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> • Normativa stringente • Certificazione rilasciata da centri regionali di riferimento • Iscrizione registro nazionale malattie rare che è continuamente monitorato • L'esenzione è comunicata al MMG o PLS che conosce le patologie del paziente 	BASSO	N° esenzioni ticket rilasciate / N° malattie da decreto = 100%	Informatizzazione del sistema di rilascio
11.	Assistenza integrativa per la concessione di presidi sanitari	Concessione di presidi ulteriori/diversi rispetto a quelli a cui si ha diritto	<ul style="list-style-type: none"> • Normativa stringente • Procedura informatizzata che effettua anche controlli sui quantitativi • Più attori coinvolti 	BASSO	Relazione	Formalizzazione della relazione

Area Organizzativa coinvolta: Distretto (M17)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
12.	Assistenza sanitaria penitenziaria – rilascio certificato per la domanda per accertamento invalidità civile	Falsa certificazione	<ul style="list-style-type: none"> • Rotazione fra i medici certificatori • Formazione specifica 	ALTO	Concordanza fra certificazione medica e riscontro commissione	- Verifica da parte Commissione INPS Verifica a campione del Referente Sanità Penitenziaria
13.	Assistenza sanitaria penitenziaria – Assistenza sanitaria all'interno delle strutture di reclusione	Riconoscimento di benefici non dovuti	<ul style="list-style-type: none"> • Rotazione del personale sanitario • Formazione specifica 	ALTO	Rotazione del personale sanitario nell'assegnazione dei reparti secondo il modello di assistenza primaria	Disposizione di servizio semestrale/annuale del Referente Sanitario I.P.
14.	Assistenza sanitaria penitenziaria – Assistenza specialistica	Prescrizione di visite non necessarie	<ul style="list-style-type: none"> • Richieste effettuabili esclusivamente su richiesta di Assistenza Primaria • Formazione specifica 	ALTO	N° visite specialistiche effettuate / N° richieste medici A.P. > 80%	Verifica a campione del Referente Sanità Penitenziaria
15.	Valutazione fabbisogno per accordi con privati accreditati convenzionati	Alterazione dei fabbisogni	<ul style="list-style-type: none"> • Analisi del fabbisogno partendo dal dato storico economico, qualitativo, quantitativo delle prestazioni • Eventuali normative nazionali • Linee guida regionali 	BASSO	Scostamenti con lo storico	Relazione sul rispetto delle misure di sicurezza associate motivando gli scostamenti
16.	Attività domiciliare libero professionale intramoenia Ufficio ALPI (solo Distretto di Terni)	Attività di alcuni specialisti che svolgono principalmente attività domiciliare con retribuzione più elevata	<ul style="list-style-type: none"> • Adottato regolamento per svolgimento LP • Adottato tariffario unico • Applicazione rigorosa del regolamento • Deterrente costituito da attività sanzionatoria normata 	BASSO	<ul style="list-style-type: none"> • Numero prestazioni domiciliari ALPI/Numero prestazioni ambulatoriali ALPI • Rispetto di tutte le disposizioni previste dal regolamento 	<ul style="list-style-type: none"> • < 10% Relazione sulle disposizioni previste nel regolamento
17.	Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	<ul style="list-style-type: none"> - Prestazioni non dovute in cambio di utilità - Prestazioni dovute ma erogate in cambio di utilità - Utilizzo materiali per finalità non istituzionali 	<ul style="list-style-type: none"> • PAI redatto dalla UVM • Rendicontazione materiale utilizzato 	BASSO	Controlli a campione	Relazione circa l'indicatore

Area Organizzativa Coinvolta: Servizio Personale (M18)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e Valutazione
1.	Definizione del fabbisogno e procedure di assegnazione degli incarichi	Variare il fabbisogno in base ad esigenze personali	<ul style="list-style-type: none"> • Presa d'atto dello storico • Analisi delle variazioni e delle esigenze dei Servizi e delle necessità di assistenza; verifica della sostenibilità economica anche per gli esercizi futuri • Il piano dei fabbisogni è adottato con delibera del Direttore Generale in relazione alle necessità assistenziali della popolazione, con partecipazione di diversi ruoli professionali aziendali • Approvazione da parte della Regione 	MEDIO	Variazioni apportate devono essere supportate da motivazioni	Relazione
2.	Definizione delle caratteristiche professionali, curriculari, formative da inserire nel bando di reclutamento	<ul style="list-style-type: none"> • Favorire un determinato candidato in base ad un bando ad hoc 	<ul style="list-style-type: none"> • Applicazione dei requisiti di legge. I requisiti ulteriori (valutabili nel curriculum) devono essere adeguatamente motivati 	BASSO	Numero dei casi con requisiti specifici	Relazione sulle eccezioni
3.	Nomina Commissione	<ul style="list-style-type: none"> • Inserire nella commissione soggetti che potrebbero favorire un concorrente • Inserire in commissione soggetti in conflitto di interessi 	<ul style="list-style-type: none"> • Applicazione rigorosa del regolamento adottato con delibera del DG 200/2019 di recepimento della DGR 946/2019 • Sorteggio dei nominativi alla presenza del RPC o di 3 testimoni • Pubblicazione delibera di nomina della commissione 	MEDIO	Tutte le nomine devono avvenire con la procedura di sorteggio	Relazione
4.	Assunzione a tempo indeterminato Direttore di Struttura Complessa	Favorire un determinato candidato con uso distorto della discrezionalità	<ul style="list-style-type: none"> • Pubblicazione del profilo nel bando di concorso rendendo pubbliche le competenze richieste al soggetto che intende candidarsi • Nella delibera andrà evidenziata la coerenza tra la richiesta di avvio di una procedura concorsuale e l'Atto aziendale, piano dei fabbisogni e preventiva autorizzazione della Giunta Regionale alla copertura del posto, le previsioni normative e regolamentari del settore, le necessità assistenziali della popolazione afferente al bacino di utenza di riferimento, la sostenibilità economico finanziaria nel medio-lungo periodo. • Nella fase di comunicazione e pubblicazione dei risultati occorre garantire la massima trasparenza nella pubblicazione degli atti che deve essere tempestiva e condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione 	ALTO	Relazione	Formalizzazione della Relazione

Area Organizzativa Coinvolta: Servizio Personale (M18)

Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e Valutazione
5. Procedura concorsuale assunzione a tempo indeterminato personale Dirigenziale	Favorire un determinato candidato con uso distorto della discrezionalità	<ul style="list-style-type: none"> • Applicazione rigorosa del regolamento adottato con delibera del DG 200/2019 di recepimento della DGR 946/2019 • Pubblicazione dei verbali relativi alle selezioni 	ALTO	Relazione	Formalizzazione della Relazione
6. Procedura concorsuale assunzione a tempo indeterminato personale del Comparto	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della procedura	<ul style="list-style-type: none"> • Applicazione rigorosa del regolamento adottato con delibera del DG 200/2019 di recepimento della DGR 946/2019 • Pubblicazione dei verbali relativi alle selezioni • In presenza di elevato numero di candidati, l'Azienda spesso gestisce le procedure di reclutamento dematerializzando le istanze. La commissione di concorso definisce i criteri di valutazione dei titoli che, in modalità informatizzata ed automatica, vengono valutati 	BASSO	Relazione	Formalizzazione della Relazione
7. Procedure concorsuali ai fini del reclutamento categorie protette ex L. 68/99 - art. 8 – art. 18	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della procedura	<ul style="list-style-type: none"> • Applicazione rigorosa del regolamento adottato con delibera del DG 200/2019 di recepimento della DGR 946/2019 • Pubblicazione dei verbali relativi alle selezioni • In presenza di elevato numero di candidati, l'Azienda spesso gestisce le procedure di reclutamento dematerializzando le istanze. La commissione di concorso definisce i criteri di valutazione dei titoli che, in modalità informatizzata ed automatica, vengono valutati 	BASSO	Relazione	Formalizzazione della Relazione
8. Procedura riferita alla Mobilità Volontaria Regionale ed Interregionale	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della procedura	<ul style="list-style-type: none"> • Pubblicazione del profilo nel bando di concorso rendendo pubbliche le competenze richieste al soggetto che intende candidarsi • Nella delibera andrà evidenziata la coerenza tra la richiesta di avvio di una procedura concorsuale e l'Atto aziendale, piano dei fabbisogni e preventiva autorizzazione della Giunta Regionale alla copertura del posto, le previsioni normative e regolamentari del settore, le necessità assistenziali della popolazione afferente al bacino di utenza di riferimento, la sostenibilità economico finanziaria nel medio-lungo periodo. • Nella fase di comunicazione e pubblicazione dei risultati occorre garantire la massima trasparenza nella pubblicazione degli atti che deve essere tempestiva e condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione 	BASSO	Relazione	Formalizzazione della Relazione

Area Organizzativa Coinvolta: Servizio Personale (M18)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e Valutazione
9.	Procedure selettive riferite al reclutamento di personale a tempo determinato	<ul style="list-style-type: none"> • Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della procedura • mancata messa a bando della posizione dirigenziale per ricoprirla tramite incarichi <i>ad interim</i> o utilizzando lo strumento del facente funzione 	Applicazione rigorosa del regolamento adottato con delibera del DG 200/2019 di recepimento della DGR 946/2019	BASSO	Relazione	Formalizzazione della Relazione
10.	Procedure relative all'utilizzo delle graduatorie (di avviso pubblico e di concorso pubblico)	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della procedura	La procedura deve avvenire nei limiti temporali della loro validità; è per far fronte alle esigenze dei Servizi in rapporto ai posti previsti nel piano dei fabbisogni	BASSO	Relazione	Formalizzazione della Relazione
11.	Procedure relative all'emissione di avvisi pubblici per l'attivazione di contratti di collaborazione a progetto, libero professionali, ecc.	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della procedura	L'emissione di tali avvisi può avvenire esclusivamente a fronte di finanziamenti esterni riferibili a periodi limitati di tempo, per il reclutamento di figure professionali da impiegare per prestazioni che richiedono una ridotta presenza, nei casi in cui non è stato possibile procedere all'assunzione di personale dipendente	BASSO	Relazione	Formalizzazione della Relazione
12.	Procedure finalizzate all'autorizzazione ad espletare attività esterne (collaborazioni occasionali di vario tipo)	Ampia discrezionalità nella valutazione	Il dipendente può essere autorizzato nel limite massimo di 125 ore per anno, nella considerazione del tetto massimo di prestazioni aggiuntive e delle eventuali esigenze da soddisfare per l'Azienda Autorizzazione del Responsabile Dichiarazione sul conflitto di interessi valutata dal dirigente Pubblicazione di tutte le autorizzazioni concesse	ALTO	Relazione	Formalizzazione della relazione
13.	Procedure finalizzate al riconoscimento di benefici contrattuali e di legge	Inosservanza delle norme contrattuali, regolamentari e di legge	Coinvolgimento del SITRO per la verifica dei benefici concessi	MEDIO	Relazione sulla verifica a campione dell'effettivo doppio controllo	Formalizzazione della Relazione
14.	Procedure finalizzate al riconoscimento del diritto alla retribuzione accessoria (indennità, ecc.)	Inosservanza delle norme contrattuali, regolamentari e di legge	Coinvolgimento del SITRO per la verifica dei benefici concessi	MEDIO	Relazione sulla verifica a campione dell'effettivo doppio controllo	Formalizzazione della Relazione

Area Organizzativa Coinvolta: Servizio Personale (M18)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e Valutazione
15.	Procedure finalizzate alla stipula di atti convenzionali con altre Aziende Sanitarie	Inosservanza delle norme contrattuali, regolamentari e di legge	<ul style="list-style-type: none"> Richiesta pareri Dirigenti interessati Rispetto delle norme e delle disposizioni 	BASSO	N° convenzioni/richiesta pareri	Verifica e Relazione al R.P.C.
16.	Procedure finalizzate alla erogazione degli stipendi e relative buste paga	Inosservanza delle norme contrattuali, regolamentari e di legge	Controlli a campione da effettuarsi mensilmente da parte del personale addetto con la partecipazione di personale afferente allo "Stato giuridico"	BASSO	Relazione sui risultati dei controlli effettuati	Verifica e Relazione al R.P.C.
17.	Procedure finalizzate alla gestione delle cessioni del quinto dello stipendio (Società finanziarie, INPDAP)	Per le modalità di accesso alla cessione/deleghe da parte dei dipendenti (scelta della finanziaria) e l'assenza di coinvolgimento del personale in questa fase, non fa emergere particolari rischi	Nessuna	BASSO	nessuno	Nessun monitoraggio
18.	Procedure finalizzate al riconoscimento dei diritti previdenziali	Inosservanza delle norme contrattuali, regolamentari e di legge	Qualificazione del personale addetto	BASSO	Relazione	Formalizzazione della Relazione
19.	Attività successive al termine dell'attività lavorativa	Il rischio è che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti sullo svolgimento dei compiti istituzionali, prospettando al dipendente (con rapporto di lavoro a tempo determinato/indeterminato, titolari degli incarichi di cui all'art. 21 del d.lgs. 39/2013) l'opportunità di assunzione o incarichi una volta cessato dal servizio (cd Pantouflage)	<ul style="list-style-type: none"> all'atto di assunzione del personale nel relativo contratto individuale di lavoro è essere inserita apposita clausola è prevista nella determina dirigenziale che formalizza la cessazione del rapporto di lavoro di dipendenti apposita clausola previsione secondo la quale i contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dall' art. 53 c. 16 D.Lgs. 165/2001 sono nulli consegna al dipendente di una scheda informativa con acquisizione della sottoscrizione, secondo il modello aziendale 	MEDIO	Avvenuto adempimento di tutte le misure di sicurezza associate	Relazione circa gli indicatori

Area Organizzativa Coinvolta: Servizio Personale (M18)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e Valutazione
20.	Tutti i processi aziendali	Mancata conoscenza delle regole di prevenzione corruzione	Al momento dell'assunzione di nuovi dipendenti consegna del PTPCT o dichiarazione di avvenuta conoscenza dello stesso	BASSO	100% di adempimento delle misure associate	Relazione circa gli indicatori
21.	Inserimento nel portale PerlaPA degli incarichi conferiti o autorizzati	Possibile elusione delle norme	Corretto inserimento nel portale PerlaPA degli incarichi conferiti o autorizzati	BASSO	Avvenuto adempimento delle misure di sicurezza associate	Relazione circa gli indicatori
22.	Tutti i processi aziendali	Mancato rispetto degli obblighi di riservatezza	Al momento dell'assunzione di nuovi dipendenti effettuazione nomina di autorizzazione al trattamento dati personali e relative istruzioni secondo il Documento di Conformità dei trattamenti dei dati personali vigente con le relative istruzioni.	MEDIO	100% di adempimento delle misure associate	Relazione circa gli indicatori

Area Organizzativa coinvolta: Servizio Attività Tecniche Manutenzioni ed Ingegneria Clinica (M19)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
1.	Nomina Commissione Giudicatrice (scelta componenti, predisposizione provvedimento di nomina Commissione)	<ul style="list-style-type: none"> Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso / partecipazione alla Commissione Giudicatrice (e/o individuazione) al fine di agevolare particolari soggetti Mancato rispetto dei criteri di individuazione e di verifica delle offerte anormalmente basse, anche sotto il profilo procedurale 	<ul style="list-style-type: none"> È prevista la partecipazione di più Enti, Uffici e figure nonché di passaggi procedurali che garantiscono imparzialità e trasparenza. Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi – Inconferibilità - dichiarazione ex art. 51 c.p.c. Pubblicazione dei componenti delle commissioni sul sito web Aziendale- Regolamento Commissioni giudicatrici -. Scelta dei componenti delle commissioni mediante estrazione a sorte in un'ampia rosa di candidati Regolamento Commissioni giudicatrici -. Obblighi di rotazione nelle nomine - Regolamento Commissioni giudicatrici – Tracciatura del procedimento di valutazione delle offerte anormalmente basse e di verifica della congruità dell'anomalia, specificando espressamente le motivazioni nel caso in cui, all'esito del procedimento di verifica, la stazione appaltante non abbia proceduto all'esclusione. 	ALTO	Audit in ordine alla composizione della commissione	Rendicontazione delle nomine dei Commissari di gara giudicatrice con cadenza annuale.
2.	Affidamento incarichi professionali	<ul style="list-style-type: none"> Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un professionista; Eventuale abuso nel ricorso all'affidamento diretto ed alle procedure negoziate senza bando al fine di favorire un professionista; Disomogeneità di valutazione nella individuazione del soggetto destinatario; Alterare le verifiche per favorire alcuni operatori economici 	<ul style="list-style-type: none"> Attuazione di procedura di scelta del contraente caratterizzata dall'adozione preventiva di regole atte a garantire un maggiore grado di tutela della concorrenza; Obbligo di valutazione per la tipologia contrattuale adottata; Creazione di parametri definiti e specifici per la valutazione delle offerte economicamente più vantaggiose; Rotazione dei professionisti iscritti all'Albo della Regione Umbria secondo criteri di competenza; Pubblicazione sul sito istituzionale dell'Ente degli avvisi di selezione per l'affidamento dell'incarico e dell'elenco degli incarichi conferiti; rispetto degli obblighi di pubblicità di cui al D.Lgs. 33/2013 pubblicazione degli esiti dei provvedimenti pubblicazione degli atti stessi sul sito della Azienda 	ALTO	Controllo periodico a campione sui provvedimenti del settore	Numero affidamenti aggiudicati negli ultimi cinque anni

Area Organizzativa coinvolta: Servizio Attività Tecniche Manutenzioni ed Ingegneria Clinica (M19)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
3.	<p>Gestione procedure di gara (Predisposizione documentazione di gara, indizione procedura, svolgimento gara, predisposizione provvedimento di affidamento, stipulazione contratto)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Previsione di elementi ad elevata discrezionalità nella definizione dei criteri e nell'attribuzione dei punteggi - Discrezionalità interpretativa delle regole di affidamento con improprio utilizzo dei modelli procedurali al fine di agevolare particolari soggetti - Uso distorto dell'offerta economicamente più vantaggiosa finalizzato a fini impropri; - Omissione delle verifiche in capo all'aggiudicatario o alterazioni delle stesse per favorire altri operatori economici; - Ritardi o inesattezze nelle formalizzazioni che possono indurre l'aggiudicatario a sciogliersi dai vincoli contrattuali 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantire la massima imparzialità e trasparenza attraverso: <ol style="list-style-type: none"> 1. Presenza di più incaricati nell'espletamento dell'istruttoria, fermo restando la responsabilità del procedimento in capo ad un unico dipendente 2. La compartecipazione di più Uffici istituzionali interni/esterni (verifiche al Tribunale Casellario Giudiziale) 3. Formalizzazione delle principali fasi procedurali (es. pubblicazioni sul sito web aziendale e certificazioni di regolare esecuzione) • Definizione analitica dei requisiti occorrenti; • Verifica di conformità ai bandi tipo ANAC e obbligo di motivazione in caso di scostamenti; • In caso di un numero significativo di offerte simili o uguali o altri elementi, adeguata formalizzazione delle verifiche espletate in ordine a situazioni di controllo/accordo/collegamento tra i partecipanti alla gara, tali da poter determinare offerte "concordate"; • Pubblicazione degli avvisi e dei bandi sul sito della Azienda • Tempestività della pubblicazione degli esiti dei provvedimenti • Dichiarazione di assenza di conflitto d'interesse • obbligo di motivazione nella delibera a contrarre circa la scelta della procedura e circa il sistema di affidamento; • Rispetto delle normative sulla tracciabilità dei pagamenti; • previsione di clausole risolutive del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nei patti d'integrità 	ALTO	<ul style="list-style-type: none"> • Previsione di forme di controllo in ordine all'applicazione dell'istituto • Valorizzazione e del controllo successivo ai fini della verifica della correttezza della applicazione della normativa. • Audit a campione sulle procedure non aperte 	<p>Il valore delle procedure non aperte (cottimo, affidamento Diretto o senza pubblicazione del bando), /valore complessivo delle procedure in un determinato periodo</p>

Area Organizzativa coinvolta: Servizio Attività Tecniche Manutenzioni ed Ingegneria Clinica (M19)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
4.	Autorizzazione ai subappalti	Abuso della discrezionalità nella verifica della documentazione presentata al fine di agevolare determinati soggetti, ricorso improprio all'utilizzo del silenzio assenso	<ul style="list-style-type: none"> Presenza di soggetti addetti ai controlli appartenenti a Enti diversi (CCIAA e Prefettura) Trasmissione alla competente Prefettura della documentazione per il rilascio delle informazioni antimafia 	ALTO	<ul style="list-style-type: none"> Previsione di forme di controllo in ordine all'applicazione dell'istituto Valorizzazione e del controllo successivo ai fini della verifica della corretta applicazione della normativa. 	Verifica della liquidazione dei lavori subappaltati come da contratto
5.	Varianti in corso di esecuzione dei contratti d'appalto	Ammissione di varianti per consentire all'appaltatore di recuperare il ribasso offerto in sede di gara o conseguire utilità ulteriori	<ul style="list-style-type: none"> Costituzione di un gruppo di controllo trasversale ai Servizi in grado di verificare la legittimità delle procedure Avvicendamento periodico dei componenti della struttura di controllo Assoggettamento delle varianti a controllo successivo; Verifica del corretto assolvimento dell'obbligo di trasmissione all'ANAC delle varianti; Pubblicazione sul sito web Aziendale degli atti. 	ALTO	Audit in ordine all'applicazione dell'istituto	Numero degli affidamenti con almeno una variante / il numero totale degli affidamenti effettuati nell'arco dei tre anni
6.	Procedura negoziata	Abuso della procedura negoziata al solo scopo di favorire una o più imprese	<ul style="list-style-type: none"> Valorizzazione del controllo successivo ai fini della verifica della corretta applicazione della normativa. Predeterminazione nella determina a contrarre dei criteri che saranno utilizzati per l'individuazione delle imprese da invitare. Pubblicazione sul sito aziendale delle sedute di gara e pubblicazione della determina a contrarre Pubblicazione degli esiti delle procedure 	ALTO	Audit a campione sulle procedure non aperte	Il valore delle procedure non aperte/il valore complessivo delle procedure in un determinato periodo

Area Organizzativa coinvolta: Servizio Attività Tecniche Manutenzioni ed Ingegneria Clinica (M19)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
7.	Risoluzione delle controversie	Scelta di sistemi alternativi a quelli giudiziali al solo scopo di favorire l'appaltatore	<ul style="list-style-type: none"> Costituzione di un gruppo di controllo trasversale ai Servizi in grado di verificare la legittimità delle procedure Avvicendamento periodico dei componenti della struttura di controllo Assoggettamento a controllo successivo ai fini della verifica della corretta applicazione della normativa. Pubblicazione sul sito web Aziendale degli atti corrispondenti 	MEDIO	Audit in ordine alla risoluzione contrattuale	Numero delle risoluzioni delle controversie /numero appalti affidato nell'arco dei nell'arco dei cinque anni.
8.	Contabilizzazione lavori In corso d'opera stato finale a collaudo	Abusi/irregolarità nella vigilanza/contabilizzazione lavori per favorire l'impresa esecutrice	<ul style="list-style-type: none"> Costituzione di un gruppo di controllo trasversale ai Servizi in grado di verificare la legittimità delle procedure Avvicendamento periodico dei componenti della struttura di controllo Assoggettamento delle varianti a controllo successivo ai fini della verifica della corretta applicazione della normativa. Pubblicazione sul sito web Aziendale atti dei corrispondenti 	ALTO	Audit a campione in ordine ai contratti, alla contabilità, allo stato finale ed al collaudo.	Rapporto tra scostamenti di costo di ogni singolo contratto / il numero complessivo di contratti conclusi.

Area Organizzativa coinvolta: Servizio Informatico e Telecomunicazioni (M20)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
1.	Programmazione. Definizione dei fabbisogni di beni consumabili e servizi	Fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza efficacia ed economicità	<ul style="list-style-type: none"> • Il fabbisogno deve essere espressamente esplicitato in termini di natura, quantità e tempistica • Audit interni sulla determinazione del fabbisogno con partecipazione dei servizi e della direzione aziendale con formalizzazione dell'audit. • Adozione di delibera per programmazione triennale degli acquisti • Individuazione criteri di priorità • Elaborazione dello scadenario dei contratti • Pubblicazione periodica degli affidamenti • Applicazione procedura qualità 	ALTO	Numero degli affidamenti non programmati, rispetto al totale degli affidamenti effettuati in un determinato arco di tempo	Gli affidamenti non programmati non devono essere più del 30% del totale degli affidamenti effettuati
2.	Selezione del contraente	Nessun rischio potenziale rilevato in quanto al servizio informatico sono state assegnate le sole procedure di gara dell'art. 63 comma 2 lett. b) del D.Lgs. 50/2016 e pertanto per definizione la scelta del contraente è univocamente determinato.	Nessuna	Nessuna	Nessuna	Nessuna
3.	Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	Alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche in capo all'aggiudicatario	<ul style="list-style-type: none"> • Verifiche sui controlli effettuati ai sensi art. 80 D.Lgs. 50/2016 • tracciabilità dei flussi finanziari 	MEDIO	Numero degli aggiudicatari controllati rispetto alle aggiudicazioni effettuate	100% delle verifiche effettuate
4.	Esecuzione del contratto	<ul style="list-style-type: none"> • Mancato controllo sullo stato di avanzamento dell'esecuzione • Ricorso alle varianti, in difformità della legge 	<ul style="list-style-type: none"> • Individuazione del Direttore Esecuzione Contratto • Trasmissione all'ANAC delle varianti 	ALTO	Inserimento nelle determine di liquidazione della regolare esecuzione del servizio o del collaudo della fornitura	100% di dichiarazioni rese
					Numero delle varianti approvate rispetto al numero degli affidamenti	Le varianti non devono superare il 30% del numero degli affidamenti

Area Organizzativa coinvolta: Servizio Informatico e Telecomunicazioni (M20)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
5.	Progettazione della gara: predisposizione capitolati d'appalto da porre a base di gara	<ul style="list-style-type: none"> Previsione di requisiti restrittivi di partecipazione alla gara Previsione di elementi ad alta discrezionalità nella definizione delle caratteristiche tecnico economiche tali da favorire un operatore economico o eludere l'applicazione di alcune disposizioni normative. Acquisto di beni/servizi presenti in convenzioni accordi quadro SDAPA MEPA con procedura di gara autonoma Il ricorso al criterio dell'OEPV per l'affidamento di beni e servizi standardizzati 	<ul style="list-style-type: none"> Acquisizione di dichiarazioni, da parte di soggetti coinvolti nella progettazione, con le quali si attesta l'assenza di incompatibilità e di conflitto di interessi in relazione alla gara. Acquisizione di dichiarazioni, da parte di soggetti coinvolti nella progettazione, con le quali si attesta che i beni/servizi non sono presenti nella piattaforma CONSIP. 	ALTO	<p>Numero degli affidamenti che hanno utilizzato come criterio di scelta quello dell'OEPV rispetto a tutti gli acquisti di prodotti standardizzati.</p> <hr/> <p>Numero dichiarazioni in rapporto al numero di atti</p>	<p>Il 100% degli acquisti di prodotti standardizzati deve essere effettuato con il criterio del prezzo più basso</p> <hr/> <p>100% dichiarazioni rese</p>

Area Organizzativa coinvolta: Servizio economico finanziario del servizio sociale (M21)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
1.	Ciclo passivo: pagamenti	Mancato rispetto della cronologia per effettuazione di pagamenti	<ul style="list-style-type: none"> • Presenza del manuale aziendale del ciclo passivo che impone il pagamento entro 10 giorni dalla data della determina di liquidazione qualora tutti i controlli (DURC, Equitalia, tracciabilità, controlli ex 48 bis ...) risultino regolari ed i comuni abbiano effettuato i versamenti convenzionali. • Informatizzazione della procedura per l'adozione delle determine con conseguente tracciabilità anche cronologica di tutto il processo. Eventuali deroghe devono essere motivate 	BASSO	Pagamenti effettuati dopo il 10° giorno dal ricevimento della determina previa disponibilità delle risorse versate da ciascun comune	Numero dei pagamenti oltre il 10° giorno dalla determina non giustificati da impedimenti normativi o assenza di disponibilità finanziarie
2.	Ciclo attivo: riscossioni	Riscossione di somme diverse da quelle dovute	<ul style="list-style-type: none"> • Presenza del manuale aziendale del ciclo attivo • Alta informatizzazione delle procedure di fatturazione ed incasso • Più attori nel processo (distretti e servizio sociale) 	BASSO	Concordanza fra fattura emessa e la documentazione fornita dai distretti	Controllo a campione

Area Organizzativa coinvolta: Servizio Formazione, comunicazione e relazioni esterne (M22)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
1.	Sponsorizzazioni	Rischio che un medico riceva una sponsorizzazione affinché prescriva particolari farmaci o dispositivi anche in quantità ed in tipologie non congrue al fabbisogno	<ul style="list-style-type: none"> • Obbligo per il sanitario di presentare dichiarazione pubblica di interessi sul portale AGENAS. • Obbligo del sanitario di presentare la dichiarazione sul conflitto di interesse secondo la modulistica aziendale • Presenza di procedura aziendale 	MEDIO	100% rispetto delle misure	Relazione circa il rispetto dell'indicatore
2.	Transazioni economiche	Uso del sistema finanziario ai fini di riciclaggio o finanziamento del terrorismo	Proposta di inserimento nel piano di formazione regionale di percorsi formativi volti ad assicurare il riconoscimento da parte dei dipendenti delle fattispecie meritevoli di essere comunicate ai sensi della vigente normativa.	BASSO	Avvenuta formalizzazione ed invio della proposta	Relazione circa il rispetto dell'indicatore

Area Organizzativa coinvolta: Responsabili delle strutture del dipartimento di area chirurgica e ginecologia del dipartimento materno infantile (M23)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
1.	Ricoveri programmati	<ul style="list-style-type: none"> • Alterazione delle liste d'attesa • Alterazione o mancato rispetto delle liste d'attesa 	<ul style="list-style-type: none"> • Controllo da parte dei responsabili delle strutture • Presenza di regolamento aziendale • Presenza di un sw dedicato 	MEDIO	Rispetto criteri lista attesa e di pulizia periodica delle liste	Relazione circa il rispetto dell'indicatore

Area Organizzativa coinvolta: Responsabili di tutte le Strutture aziendali (Dipartimenti, SC, SSD, SS) (M24)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
1.	Gestione e controllo della presenza in servizio del personale (compreso il personale convenzionato)	Rischio di azioni contrarie alle disposizioni normative in materia di rapporto di lavoro	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica e controllo da parte dei responsabili delle strutture • Presenza di regolamento aziendale • Presenza di un sw dedicato 	Medio	Attività poste in essere da ogni singola struttura	Relazione circa il rispetto dell'indicatore
2.	Ricognizione dei procedimenti amministrativi di competenza ai sensi dell'art.35 D.Lgs. 33/2013, secondo il format aziendale e relativa pubblicazione	Il rischio è quello che alcuni processi non ottengano adeguata trasparenza	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilizzazione di tutti i responsabili di struttura • Controlli periodici 	Basso	Ricognizione e pubblicazione dei procedimenti	Relazione circa il rispetto dell'indicatore
3.	Ricognizione dei procedimenti ai fini della mappatura dei rischi corruttivi	Il rischio è quello che per processi nuovi o variati non vengano valutati adeguatamente i rischi corruttivi	Aggiornamento del censimento dei procedimenti e trasmissione al R.P.C. della nuova mappatura	Basso	Ricognizione e pubblicazione dei procedimenti	Relazione circa il rispetto dell'indicatore
4.	Svolgimento di attività in presenza di conflitto di interesse	Rischio di svolgere attività senza la necessaria imparzialità	<ul style="list-style-type: none"> • Percorso per gestione potenziali conflitti di interesse definito all'interno del PTPCT 	Medio	Rispetto del percorso per gestione potenziali conflitti di interesse definito all'interno del PTPCT	Relazione sulla gestione dei conflitti di interesse

Area Organizzativa coinvolta: Responsabili di tutte le Strutture aziendali (Dipartimenti, SC, SSD, SS) (M24)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
5.	Rotazione straordinaria e rotazione ordinaria	Il rischio è che i dipendenti possano sviluppare comportamenti scorretti o illeciti	<ul style="list-style-type: none"> • Presenza di normativa specifica • Percorso per gestione la rotazione definito all'interno del PTPCT 	Medio	applicazione delle misure di rotazione straordinaria e ordinaria	Relazione circa il rispetto dell'indicatore
6.	Attività Libero Professionale ALPI	<ul style="list-style-type: none"> • Rischio che un medico effettui attività ALPI per una prestazione non effettuata in attività di reparto. • Il rischio è quello di alimentare artificialmente l'attività in libera professione allungando impropriamente i tempi di attesa in istituzionale • Violazione del limite dei volumi di attività resa in regime libero professionale 	<ul style="list-style-type: none"> • Controllo da parte dei responsabili delle strutture • Presenza di regolamento aziendale • Valutazione volumi di equipe e tempi prestazione 	Medio	N° prestazioni per ciascuna determinata attività istituzionale deve essere superiore o uguale a quella in ALPI	Relazione circa il rispetto dell'indicatore

Area Organizzativa coinvolta: Responsabili di tutte le Strutture aziendali (Dipartimenti, SC, SSD, SS) (M24)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
7.	Attività Libero Professionale ALPI	<ul style="list-style-type: none"> • Illecita percezione di somme di denaro • Attività svolta in difformità della norma e delle disposizioni aziendali • False dichiarazioni ai fini del rilascio della autorizzazione • Errata indicazione al paziente delle modalità e tempi di accesso alle prestazioni sanitarie • Svolgimento della libera professione in orario di servizio • Accesso privilegiato alla struttura sanitaria per i pazienti visitati in ALPI 	<ul style="list-style-type: none"> • Informatizzazione del processo • Rilevazione attraverso il sistema informatico dello svolgimento dell'attività da parte dei singoli professionisti nelle giornate e negli orari prefissati. • presenza di precise disposizioni aziendali • rispetto dei requisiti e dei presupposti normativamente fissati • Pubblicazione agende attività libero-professionale, per branche specialistiche, al fine di garantire la libera scelta da parte dell'utente con relative tariffe 	Medio	Controlli effettuati. Report monitoraggio ALPI	Relazione circa il rispetto dell'indicatore
8.	Formazione in materia di prevenzione della corruzione	Il rischio è che il lavoratore si comporti scorrettamente per mancata/errata conoscenza delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione/trasparenza/integrità	<ul style="list-style-type: none"> • Attivazione percorsi formativi • Formazione a "cascata" 	Basso	Iscrizione e partecipazione ai corsi dei dipendenti assegnati con indicazione della percentuale dei dipendenti formati. Nel triennio dovranno essere formati il 100% dei dipendenti assegnati	Relazione circa il rispetto dell'indicatore
9.	Formazione di commissioni e assegnazione agli uffici (art. 35bis D.Lgs. 165/2001)	Partecipazione a commissioni o assegnazione agli uffici di soggetti non idonei	Verifica per tutte le fattispecie previste dall'art. 35bis del D.Lgs. 165/2001, anche attraverso acquisizione di autocertificazioni	Medio	<ul style="list-style-type: none"> • 100% di autocertificazioni acquisite • Controllo a campione di almeno il 5% delle autocertificazioni 	Relazione circa il rispetto dell'indicatore

Area Organizzativa coinvolta: Responsabili di tutte le Strutture aziendali (Dipartimenti, SC, SSD, SS) (M24)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
10.	Nulla osta al conferimento di incarichi extraistituzionali ai dipendenti dell'Azienda o di altre PP.AA. ex art. 53 D.Lgs 165/2001	Svolgimento di incarichi extraistituzionali non autorizzati	<ul style="list-style-type: none"> • Adozione della modulistica aziendale • Verifica delle condizioni dettate dalla normativa 	Medio	100% di incarichi correttamente autorizzati	Relazione circa il rispetto dell'indicatore
11.	Liquidazione Fatture	<ul style="list-style-type: none"> • Favorire un fornitore • Liquidare somme non dovute 	<ul style="list-style-type: none"> • Regolamento ciclo passivo • Più attori nel processo (istruttore+RUP+dirigente) • Regolamento aziendale delibere/determine • Procedura altamente informatizzata • Al processo partecipano più operatori • Procedura di qualità POs (16/11/2015) • Presenza di Nodo Smistamento Ordini informatizzato e gestito centralmente • Pubblicazione dei dati sul portale web aziendale • Dichiarazione assenza conflitto interesse 	Medio	100% delle fatture processate correttamente	Relazione circa il rispetto dell'indicatore

Area Organizzativa coinvolta: Responsabili di tutte le Strutture aziendali (Dipartimenti, SC, SSD, SS) (M24)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
12.	Applicazione delle normative in materia di protezione dati personali	<ul style="list-style-type: none"> • Favorire qualcuno fornendo dati personali e/o dati particolari a chi non avrebbe diritto • Fornire informazioni sullo stato di salute a soggetti non autorizzati • Mancato rispetto del principio di legalità (art. 2 comma 1 n. 3) D.Lgs. 23/2023) 	<ul style="list-style-type: none"> • Presenza di regolamento aziendale "Documento di conformità di trattamenti dei dati personali" (Delibera DG n.673/2023) • Disciplinare corretto utilizzo delle postazioni di lavoro (delibera 1276/2018) • Formazione del personale • Formalizzazione delle autorizzazioni e relative istruzioni al trattamento dati personali secondo il format aziendale 	MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> • Numero di procedimenti di contestazione nell'anno • Numero di segnalazioni pervenute dagli interessati • Numero data breach/incidenti sul trattamento dati personali • Eventi formativi effettuati nel periodo • Data di aggiornamento della scheda del Registro dei Trattamenti • Data della verifica/aggiornamento: <ul style="list-style-type: none"> – autorizzazione al TD formalizzata – informative TD correttamente esposte nel format aziendale – nomine dei fornitori quali responsabili del trattamento 	Relazione annuale circa il rispetto degli indicatori
13.	Utilizzo di beni a titolo di visione o prova	<ul style="list-style-type: none"> • Favorire qualcuno agevolando l'uso dei beni in prova o a titolo di visione • Favorire un fornitore 	<ul style="list-style-type: none"> • Presenza di regolamento aziendale 	MEDIO	Compilazione scheda relativa al rapporto di comodato o valutazione in prova (§30 Fig.7 misure di prevenzione)	Relazione annuale circa il rispetto degli indicatori

Area Organizzativa coinvolta: Responsabili delle Strutture di staff, Servizi amministrativi e tecnici, Distretti (M25)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
1.	Dati aggregati attività amministrativa (art.1 c.28 L. 190/2012)	Allungamento dei tempi procedurali	Monitoraggio dei tempi procedurali attraverso la tempestiva eliminazione delle anomalie	MEDIO	Redazione del "Report monitoraggio" Allegato misure di prevenzione al PTPCT	Invio al RPC del report di monitoraggio

Area Organizzativa coinvolta: Responsabili delle Strutture che utilizzano le sale operatorie ospedaliere (M26)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
1.	Attività delle sale operatorie dei Presidi Ospedalieri	<ul style="list-style-type: none"> Mancato rispetto liste di attesa operatorie Scarsa trasparenza Favorire un paziente 	<ul style="list-style-type: none"> Rispetto delle linee guida regionali (DGR 1406/2023) recepite in Azienda con DDG 145/2023 e dell'adottando regolamento Attivazione percorsi formativi regionali e aziendali al fine di facilitare i cambiamenti organizzativi, operativi e culturali necessari per l'ottimizzazione dei blocchi operatori, la presa in carico e continuità delle cure del paziente chirurgico nonché la garanzia del rispetto della trasparenza della lista di attesa e dei tempi di attesa previsti dalla normativa sul percorso chirurgico; Monitoraggio e attivazione percorsi per l'eliminazione tempestiva delle eventuali anomalie 	MEDIO	Rispetto degli adempimenti delle prescrizioni delle linee guida regionali (DGE 1406/2023) recepite con DDG 145/2023)	Relazione circa il rispetto dell'indicatore e segnalazione di eventuali criticità

Area Organizzativa coinvolta: Responsabili delle strutture di ricovero/degenza (M27)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
1.	Ricoveri ordinari/programmati/urgenti	Alterazione o mancato rispetto delle liste d'attesa	<ul style="list-style-type: none"> Controllo da parte dei responsabili delle strutture Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali, aziendali Presenza di un software dedicato 	MEDIO	Rispetto criteri lista attesa e di pulizia periodica delle liste	Relazione circa il rispetto dell'indicatore

Area Organizzativa coinvolta: autoparco (M28)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
1.	Utilizzo improprio dei mezzi aziendali	<ul style="list-style-type: none"> utilizzo del mezzo per uso diverso da quello aziendale consentito Utilizzo della carta carburante per uso diverso da quello consentito 	<ul style="list-style-type: none"> Presenza di regolamento Aziendale Effettuazione controlli e verifiche da parte del Servizio 	MEDIO	Controlli a campione su almeno il 2% dei veicoli in dotazione circa il corretto uso del veicolo e della carta carburante.	Relazione circa il rispetto dell'indicatore, segnalazione di eventuali criticità e decisioni assunte.

Area Organizzativa coinvolta: Servizio Ispettivo Aziendale (M29)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
1.	<ul style="list-style-type: none"> 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 incarichi 	Svolgimento di attività incompatibili da parte del personale.	<ul style="list-style-type: none"> Presenza di norme cogenti e di regolamentazione aziendale Verifiche da parte del Servizio Ispettivo Aziendale 	MEDIO	Verbalizzazione delle verifiche effettuate e anomalie riscontrate e trasmissione al Direttore Generale	Relazione circa il rispetto dell'indicatore con trasmissione al RPC di copia della relazione inviata al DG.

Area Organizzativa coinvolta: Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) (M30)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
1.	Attività di tutti i Servizi Aziendali	Svolgimento di attività percepite/erogate/non erogate con soddisfacimento dell'utenza	<ul style="list-style-type: none"> - Presenza di norme cogenti e di regolamentazione aziendale - Verifiche da parte dei Responsabili dei Servizi Aziendali 	MEDIO	Redazione della scheda "Report reclami/elogi" (§44 Fig. 13 "misure di prevenzione")	Trasmissione al RPC della scheda entro il 30 novembre di ogni anno per i 12 mesi precedenti

Area Organizzativa coinvolta: Distretto – Ospedale di Comunità (M31)

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
1.	Rilascio cartella clinica/cartella ambulatoriale/referto/documentazione sanitaria	Favorire rilascio ad un non legittimato	<ul style="list-style-type: none"> • Rispetto normativa e Regolamento aziendale • Istruzioni e formazione agli operatori 	BASSO	N° cartelle rilasciate secondo procedura aziendale / N° cartelle rilasciate = 100%	Verifica diretta da parte del Responsabile del P.O. tramite autenticazione cartella
2.	Attività conseguenti al decesso	Indirizzare la scelta nei confronti di una determinata impresa funebre in cambio di una quota sugli utili.	<ul style="list-style-type: none"> • Collocazione della salma presso l'obitorio da parte del personale in servizio al momento del decesso • Disposizione di servizio a tutto il personale coinvolto sul divieto di fornire indicazioni di alcun tipo sulle imprese funebri o contattare direttamente le imprese per conto dei familiari 	ALTO	Applicazione integrale delle misure	Relazione sulla corretta adozione delle misure
3.	Attività conseguenti al decesso	richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario)	Disposizione di servizio a tutto il personale coinvolto sul divieto di fornire prestazioni e compiti non propri	ALTO	Applicazione integrale delle misure	Relazione sulla corretta adozione delle misure
4.	Ricoveri ordinari/programmati/urgenti	Alterazione o mancato rispetto delle liste d'attesa	<ul style="list-style-type: none"> • Controllo da parte dei responsabili delle strutture • Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali, aziendali • Presenza di un software dedicato 	MEDIO	Rispetto criteri lista attesa e di pulizia periodica delle liste	Relazione circa il rispetto dell'indicatore

Sommario

Allegato 1. Mappatura dei Processi.	1
Area Organizzativa coinvolta: Servizio Patrimonio (M1)	1
Area Organizzativa coinvolta: Dipartimento Farmaceutico (M2)	6
Area Organizzativa coinvolta: Dipartimento di Prevenzione Sanità Animale Area A (M3)	8
Area Organizzativa coinvolta: Dipartimento di Prevenzione SPSAL (M4)	10
Area Organizzativa coinvolta: Dipartimento di Prevenzione Igiene degli alimenti di origine animale Area B (M5)	12
Area Organizzativa coinvolta: Dipartimento Prevenzione IAN (M6)	13
Area Organizzativa coinvolta: Dipartimento di Prevenzione Igiene e sanità pubblica (M7)	15
Area Organizzativa coinvolta: Dipartimento di Prevenzione Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche Area C (M8)	17
Area Organizzativa coinvolta: Servizio Acquisizione Beni e Servizi (M9)	19
Area Organizzativa coinvolta: Affari Generali/Legali (M10)	25
Area Organizzativa coinvolta: Servizio medicina convenzionata territoriale, specialistica (M11)	27
Area Organizzativa coinvolta: Servizio Economico Finanziario (M12)	30
Area Organizzativa coinvolta: Direzioni Mediche Presidi Ospedalieri (M13)	31
Area Organizzativa coinvolta: Ufficio di piano: Anagrafe (M14)	33
Area Organizzativa coinvolta: Ufficio di Piano: CUP Aziendale (M15)	35
Area Organizzativa coinvolta: Programmazione e gestione amministrativa con la gestione mobilità sanitaria, flussi informativi e di governo (M16)	37
Area Organizzativa coinvolta: Distretto (M17)	38
Area Organizzativa Coinvolta: Servizio Personale (M18)	41
Area Organizzativa coinvolta: Servizio Attività Tecniche Manutenzioni ed Ingegneria Clinica (M19)	46
Area Organizzativa coinvolta: Servizio Informatico e Telecomunicazioni (M20)	50
Area Organizzativa coinvolta: Servizio economico finanziario del servizio sociale (M21)	52
Area Organizzativa coinvolta: Servizio Formazione, comunicazione e relazioni esterne (M22)	53
Area Organizzativa coinvolta: Responsabili delle strutture del dipartimento di area chirurgica e ginecologia del dipartimento materno infantile (M23)	53
Area Organizzativa coinvolta: Responsabili di tutte le Strutture aziendali (Dipartimenti, SC, SSD, SS) (M24)	54
Area Organizzativa coinvolta: Responsabili delle Strutture di staff, Servizi amministrativi e tecnici, Distretti (M25)	59
Area Organizzativa coinvolta: Responsabili delle Strutture che utilizzano le sale operatorie ospedaliere (M26)	59
Area Organizzativa coinvolta: Responsabili delle strutture di ricovero/degenza (M27)	60
Area Organizzativa coinvolta: autoparco (M28)	60
Area Organizzativa coinvolta: Servizio Ispettivo Aziendale (M29)	60
Area Organizzativa coinvolta: Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) (M30)	61
Area Organizzativa coinvolta: Distretto – Ospedale di Comunità (M31)	62



CODICE DI COMPORAMENTO

Azienda USL Umbria n. 2

CODICE DI COMPORTAMENTO

(in applicazione dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001)

1. PREMESSA E FINALITÀ

1. Il presente codice:

- 1.1. integra e specifica le norme del Codice di comportamento dei Dipendenti Pubblici, emanato con DPR n. 62 del 16.4.2013 e ss.mm.ii., in applicazione dell'art. 54 del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165 calando le disposizioni ivi contenute nella realtà aziendale;
- 1.2. fornisce regole di comportamento alle quali ogni dipendente è tenuto ad uniformarsi nello svolgimento della propria attività di servizio, al fine di garantire il rispetto dei principi etici, dei doveri di diligenza, lealtà, imparzialità, buona condotta e civile convivenza in ambito aziendale;
- 1.3. si rivolge al particolare comportamento da tenere per la particolare *mission* aziendale e che deve essere orientato alla centralità della persona, umanizzazione delle cure, accessibilità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie, obiettività e indipendenza nell'attività di sperimentazione e ricerca e tutela della riservatezza;
- 1.4. rappresenta una delle misure ed azioni principali di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione a livello decentrato, secondo quanto indicato dal Piano Nazionale Anticorruzione;
- 1.5. costituisce un allegato della sezione del P.I.A.O. dedicata al P.T.P.C.T. dell'Azienda USL Umbria n.2. Esso costituisce uno degli strumenti di prevenzione dei fenomeni di corruzione;
- 1.6. è impostato in modo da essere facilmente accessibile da tutte le persone destinatarie e redatto con chiarezza e linguaggio semplice e agevolmente fruibile.

2. PRINCIPALE NORMATIVA DI RIFERIMENTO

1. Costituzione della Repubblica Italiana in particolare artt. 28, 51, 54, 97, 98
2. DPR n. 81 del 13/06/2023 Regolamento concernente modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, recante: «Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165»
3. decreto-legge 30 aprile 2022, n. 36, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 giugno 2022, n. 79, recante «Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)», e, in particolare, l'articolo 4, che ha disciplinato l'introduzione, nell'ambito del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, di misure in materia di utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media;
4. decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, recante «Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165»;
5. decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, recante «Codice dell'amministrazione digitale»;
6. decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante «Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 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/CEE»

7. 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)
8. decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, recante «Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche» ed in particolare, il comma 1-bis dell'articolo 54 (inserito dall'articolo 4, comma 1, lettera a), del decreto-legge n. 36 del 2022), il quale prevede l'introduzione, nel Codice di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 62 del 2013, di una sezione dedicata al corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media da parte dei dipendenti pubblici, anche al fine di tutelare l'immagine della pubblica amministrazione.
9. Delibera del DG 673 del 28/04/2023 contenente il “*Documento di conformità dei trattamenti dei dati personali*”
10. Delibera del Direttore Generale n. 1276 del 04/09/2018 “Disciplinare per il Corretto Utilizzo degli Strumenti Informatici e Telematici Internet e posta elettronica”
11. Delibera del Direttore Generale n. 1885 del 25/09/2024 “Regolamento aziendale social media policy”
12. Delibera del Direttore Generale n. 8 del 07/01/2024 “Procedura per la segnalazione di condotte illecite da parte del dipendente pubblico, revisionata ed integrata, ai sensi del d.lgs. N. 24 del 10-03-2023”.

3. AMBITO DI APPLICAZIONE

1. Il presente Codice si applica:
 - a. a tutti i dipendenti dell’Azienda USL Umbria n.2 a qualunque titolo, con rapporto di lavoro a tempo determinato e a tempo indeterminato di tutte le aree contrattuali, anche in prova, compresi i medici in formazione specialistica, i dottorandi di ricerca e qualsiasi altro soggetto formalmente autorizzato;
 - b. ai dipendenti di altre pubbliche amministrazioni in comando, distacco o fuori ruolo, comunque vincolati da un rapporto di lavoro con l’amministrazione;
 - c. nei confronti di tutti i collaboratori o consulenti dell’amministrazione, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico, nonché nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni, servizi, lavori e forniture e/o che realizzano opere in favore dell’Azienda, in quanto compatibili;
 - d. gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali;
 - e. i medici di Continuità Assistenziale.
 - f. volontari componenti di associazioni di volontariato, in conformità con quanto previsto dagli accordi dalle stesse sottoscritte.
2. I contratti di acquisizione di collaborazioni professionali, consulenze, o conclusi con i fornitori di beni o servizi o affidatari di lavori e forniture, gli atti di conferimento di incarichi, i bandi di gara, devono contenere, ove compatibili, specifiche disposizioni in caso di violazione degli obblighi derivanti dal presente Codice.
3. La presa d’atto del Codice dovrà avvenire al momento dell’instaurazione del rapporto di lavoro. Il Servizio Amministrazione del Personale, provvede alla consegna del P.T.P.C.T. e del Codice di comportamento acquisendo firma per ricevuta del dipendente oppure provvede a far sottoscrivere al dipendente apposita dichiarazione di presa visione e conoscenza del PTPCT e del Codice di comportamento.

4. PRINCIPI GENERALI

1. Nelle Aziende sanitarie il rapporto operatore-utente si concretizza per le pregnanti esigenze di personalizzazione, di appropriatezza e di umanizzazione delle prestazioni. Nella produzione di servizi alla persona il fattore umano è un elemento di importanza fondamentale che influisce direttamente sulla quantità e qualità dell'assistenza oltre che sul grado di soddisfazione degli utenti. Alla luce dei principi enunciati, l'Azienda USL Umbria n.2 modula il presente codice adattandolo alla peculiarità delle diverse categorie di persone operanti all'interno di un'azienda sanitaria, considerate la specificità e la particolare delicatezza del servizio offerto, al fine di costruire un solido rapporto di fiducia e di collaborazione tra i cittadini e l'Azienda.
2. Fermi restando i principi generali di cui all'articolo 3 del citato DPR n. 62/2013 il personale dell'Azienda USL Umbria n.2, nell'esercizio delle proprie funzioni, delle attività che gli sono affidate e nella copertura del ruolo che si trova a rivestire assume, quali valori fondamentali l'imparzialità, l'obiettività e la trasparenza e si attiene ai seguenti principi, ancorché non esaustivi:

Affidabilità e diligenza

Il dipendente contribuisce con la propria attività al raggiungimento degli obiettivi aziendali, in rapporto al grado di responsabilità, competenze e professionalità connesse alla posizione ricoperta in Azienda.

Centralità della persona

Il dipendente accoglie l'utente con cortesia, professionalità e umanità, offrendo ascolto e risposte adeguate alle richieste espresse soprattutto dagli utenti più fragili. Il dipendente, a prescindere dalla qualifica ricoperta e dalla struttura di appartenenza è tenuto a fornire le informazioni basilari utili ad orientare il cittadino. Il dipendente pone particolare attenzione alla corretta comunicazione agli utenti sui percorsi e sulle alternative diagnostiche, terapeutiche e/o assistenziali, evidenziando rischi e benefici, fornendo tutte le precisazioni e i chiarimenti necessari, con l'obiettivo di garantire adeguate relazioni tra il personale, il paziente, i suoi familiari e/o il caregiver.

Correttezza

Nei rapporti interni ed esterni il dipendente agisce con diligenza professionale, rispetto delle regole, rispetto dell'ambiente di lavoro e cura del patrimonio. In particolare evita situazioni ove i soggetti coinvolti nelle transazioni siano, o possano anche solo apparire, in conflitto d'interesse.

Principio di non discriminazione

Il dipendente contrasta qualsivoglia forma di discriminazione diretta o indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, all'origine razziale ed etnica, alla disabilità e alla lingua, sia nelle relazioni con i pazienti e i cittadini-utenti, sia nelle relazioni fra e con i destinatari.

Trasparenza

Nei confronti dell'utente il dipendente fornisce informazioni corrette, complete, comprensibili ed accurate.

Le informazioni sulle prestazioni e sui servizi erogati devono inoltre essere fornite con un linguaggio semplice e chiaro senza favorire alcun gruppo d'interessi o singolo individuo nello spirito della reciprocità di diritti e doveri.

Riservatezza

Il dipendente si impegna ad assicurare la riservatezza dei dati aziendali e personali, con particolare riguardo ai dati personali particolari, alla dignità della persona ed alle altre informazioni non divulgabili in proprio possesso.

In particolare rispetta le disposizioni della delibera del DG 673 del 28/04/2023 contenente il "*Documento di conformità dei trattamenti dei dati personali*" e le ulteriori istruzioni tecniche fornitegli dai Designati e dal Titolare del trattamento dei dati personali.

Efficienza

Il comportamento del dipendente è orientato a perseguire l'obiettivo di economicità della gestione e dell'impiego delle risorse a disposizione, nel rispetto costante degli standard qualitativi più avanzati.

Collaborazione

Il dipendente collabora attivamente con il RPC ed il RT, partecipa operosamente al processo di autoanalisi organizzativa e di mappatura dei processi, nonché in sede di definizione delle misure di prevenzione e di attuazione delle stesse. Offre la massima collaborazione nei rapporti con le altre pubbliche amministrazioni, assicurando, ove consentito, lo scambio e la trasmissione delle informazioni e dei dati, nel rispetto della normativa vigente.

Cura del patrimonio e oculatezza nell'utilizzo dei beni aziendali

Il dipendente utilizza con diligenza e senso di responsabilità i beni aziendali, rispettando le procedure operative predisposte per regolamentarne l'utilizzo, documentando con precisione il loro impiego e l'eventuale trasferimento. In particolare evita che un utilizzo improprio dei beni aziendali possa causare danno o riduzione della funzionalità, o comunque sia in contrasto con l'interesse dell'Azienda.

5. TUTELA DEL WHISTLEBLOWER

1. L'Azienda USL Umbria n.2, con delibera del Direttore Generale n.8 del 07/01/2024 ha aggiornato la "Procedura per la segnalazione di condotte illecite da parte del Dipendente pubblico, revisionata ed integrata, ai sensi del d.lgs. N. 24 del 10/03/2023" al fine di fornire al segnalante/whistleblower chiare indicazioni operative circa oggetto, contenuti, destinatari e modalità di trasmissione delle segnalazioni, nonché le maggiori e nuove forme di tutela che gli vengono garantite dalla normativa vigente.
2. La procedura informatica per effettuare la segnalazione è evidenziata nell'area dedicata alla prevenzione della corruzione sul portale aziendale al link: <https://www.uslumbria2.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-anticorruzione>

6. RIFIUTO DELLE DISCRIMINAZIONI E DELLE MOLESTIE E DEGLI ABUSI SESSUALI E MORALI.

1. L'Azienda USL Umbria n.2 garantisce il diritto ad una condizione di lavoro favorevole alle relazioni interpersonali; ogni soggetto destinatario del Codice è tenuto a contribuire al mantenimento di un ambiente e di una organizzazione del lavoro fondati su principi di correttezza, dignità ed uguaglianza.
2. Ogni comportamento discriminatorio od indesiderato con connotazione sessuale o caratterizzato da violenza morale e/o psicologica, costituisce per l'Azienda un'intollerabile violazione della dignità personale.
3. Si considera quale condizione aggravante la responsabilità conseguente all'adozione di pratiche discriminatorie o vessatorie ovvero di abuso o fastidio sessuale e morale, la circostanza che il soggetto discriminante abusi della propria posizione nei confronti del soggetto discriminato.
4. Fatti salvi i doveri di denuncia all'Autorità Giudiziaria, i testimoni che non intervengono a tutela di coloro che sono oggetto di comportamenti lesivi della loro dignità personale e/o della loro libertà sessuale o morale sono considerati corresponsabili, a titolo omissivo.

6. OBBLIGO DI RISERVATEZZA¹

1. Nelle Aziende sanitarie lo stretto rapporto operatore-utente destinato alla soddisfazione di bisogni di salute, porta alla conoscenza di dati personali, relativi alla salute, genetici, biometrici e categorie particolari² di dati personali.

¹ D.Lgs. 196/2003 e 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).

² Artt. 4 e 9 GDPR.

2. Con deliberazione del D.G. n.673 del 28/04/2023 si è provveduto ad aggiornare il "*Documento di conformità dei trattamenti dei dati personali*" che rappresenta il documento aziendale di riferimento in materia di trattamento dei dati personali. La principale documentazione ivi contenuta è pubblicata sul sito web aziendale all'indirizzo: <http://www.uslumbria2.it/pagine/privacy-000>.

Si articola in tre parti distinte tra loro collegate a formare comunque un documento unitario in cui:

- La Prima Parte contiene informazioni utili alla definizione dei profili, dei principi, del contesto, dei compiti e delle responsabilità;
- La Seconda Parte contiene il "registro dei trattamenti", già in essere, anche al fine di soddisfare l'obbligo di cui all'art. 30 GDPR, e quindi le informazioni atte a:
 - identificare e definire le attività di trattamento svolte dall'ente come titolare del trattamento;
 - identificare e definire le attività di trattamento svolte dall'ente come responsabile del trattamento;
- La Terza Parte contiene i documenti adottati dall'Azienda relativi alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Il "documento di conformità":

- ha di per sé un carattere dinamico dovendosi continuamente confrontare con gli sviluppi della tecnologia e l'insorgere di nuovi rischi;
 - è composto dalle informazioni fornite da ciascuna articolazione aziendale tramite i designati al trattamento dati. Si fa riferimento in particolare alla parte relativa al "registro dei trattamenti" le cui schede ed informazioni devono essere continuamente aggiornate;
 - è custodito, nella sua forma aggiornata, presso l'ufficio privacy aziendale.
3. In ogni caso è vietato diffondere dati personali idonei a rivelare lo stato di salute o informazioni da cui si possa desumere, anche indirettamente, lo stato di malattia o l'esistenza di patologie dei soggetti interessati, compreso qualsiasi riferimento alle condizioni di invalidità, disabilità o handicap fisici e/o psichici.
4. Devono essere quindi adottate tutte le misure organizzative che prevedano il rispetto dei diritti degli interessati. In particolare devono essere poste in essere le seguenti misure³, ancorché non esaustive:
- a. devono essere adottate idonee misure affinché la prestazione medica e ogni operazione di trattamento dei dati personali debba avvenire nel pieno rispetto della dignità dell'interessato;
 - b. devono essere adottate idonee cautele in relazione allo svolgimento di colloqui, specie con il personale sanitario (ad es. in occasione di prescrizioni o di certificazioni mediche), per evitare che in tali occasioni le informazioni sulla salute dell'interessato possano essere conosciute da terzi. Le medesime cautele vanno adottate nei casi di raccolta della documentazione di anamnesi, qualora avvenga in situazioni di promiscuità derivanti dai locali o dalle modalità utilizzate;
 - c. i dirigenti sanitari di riferimento devono predisporre apposite distanze di cortesia in tutti i casi in cui si effettui il trattamento di dati sanitari (es. operazioni di sportello, acquisizione di informazioni sullo stato di salute, consegna referti), nel rispetto dei canoni di confidenzialità e della riservatezza dell'interessato. Vanno in questa prospettiva prefigurate appropriate soluzioni, sensibilizzando gli utenti con idonei inviti, segnali o cartelli;
 - d. all'interno dei locali di strutture sanitarie, nell'erogare prestazioni sanitarie o espletando adempimenti amministrativi che richiedono un periodo di attesa (ad es., in caso di analisi cliniche), i dirigenti di riferimento adottano soluzioni che prevedano un ordine di precedenza e di chiamata degli interessati che prescindano dalla loro individuazione nominativa (ad es.,

³ Vedi prescrizioni del Garante Privacy: Strutture sanitarie: rispetto della dignità - 9 novembre 2005.

- attribuendo loro un codice numerico o alfanumerico fornito al momento della prenotazione o dell'accettazione);
- e. i dirigenti di riferimento devono mettere in atto specifiche procedure, anche di formazione del personale, per prevenire che soggetti estranei possano evincere in modo esplicito l'esistenza di uno stato di salute del paziente attraverso la semplice correlazione tra la sua identità e l'indicazione della struttura o del reparto presso cui si è recato o è stato ricoverato;
 - f. il titolare del trattamento fornisce regole di condotta per gli incaricati designando quali incaricati o, eventualmente, responsabili del trattamento i soggetti che possono accedere ai dati personali trattati nell'erogazione delle prestazioni e dei servizi per svolgere le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché quelle amministrative correlate.

7. REGALI, COMPENSI ED ALTRE UTILITÀ

1. Il dipendente non accetta per sé o per altri regali o altre utilità, fatti salvi quelli di modico valore effettuati in via del tutto occasionale nell'ambito delle normali relazioni di cortesia e delle consuetudini.
In ogni caso, indipendentemente dalla circostanza che il fatto costituisca reato, il dipendente non chiede, per sé o per altri, regali o altre utilità, neanche di modico valore a titolo di corrispettivo per compiere o per aver compiuto un atto del proprio ufficio da soggetti che possano trarre benefici da decisioni o attività inerenti all'ufficio, né da soggetti nei cui confronti è o sta per essere chiamato a svolgere o a esercitare attività o potestà proprie dell'ufficio ricoperto.
2. Per regali o altre utilità di modico valore s'intendono quelle di valore non superiore, in via orientativa, a 150 euro. I regali che superano tale soglia, sono dal ricevente messi a disposizione dell'Azienda che ne valuterà l'uso più appropriato.
3. È fatto espresso divieto di accettare, per sé o per altri, somme di denaro per qualunque importo e a qualunque titolo nonché incarichi di collaborazione da soggetti privati che abbiano, o abbiano avuto nel biennio precedente, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza.
4. È comunque vietata qualsiasi forma di regalo, a favore di coloro che svolgono funzioni autorizzative, di acquisto, di controllo e vigilanza, ovvero di valutazione nell'ambito di Commissioni di gara o concorso, al fine di non influenzare l'indipendenza di giudizio o indurre ad assicurare un qualsiasi vantaggio.

8. PARTECIPAZIONE AD ASSOCIAZIONI E ORGANIZZAZIONI

1. Il dipendente nel rispetto della disciplina vigente del diritto di associazione, al momento dell'assunzione o, in caso di nuova iscrizione, entro 10 giorni dalla iscrizione, comunica al Responsabile della propria Struttura/Servizio cui è assegnato la propria appartenenza o la propria adesione ad associazioni od organizzazioni, i cui ambiti d'interesse possano interferire con lo svolgimento dell'attività dell'ufficio. La dichiarazione è necessaria per effettuare una valutazione delle eventuali ipotesi di insorgenza del conflitto tenuto conto degli ambiti di interesse dell'organizzazione.
2. Costituiscono associazioni od organizzazioni i cui ambiti d'interesse possano interferire con lo svolgimento dell'attività dell'ufficio quando cioè l'interesse perseguito dall'associazione sia conflittuale rispetto a quella perseguita dal Servizio ove il lavoratore presta la propria attività. In altre parole deve sussistere un incontro di interessi che pongono l'associazione in concorrenza con l'azienda.
3. A titolo meramente indicativo, le tipologie di associazioni ed organizzazioni che possono in qualche modo interferire con le attività della Azienda USL Umbria n. 2 sono rappresentate da quelle che producono salute, cioè quelle che hanno come finalità diretta quella di prevenire, diagnosticare, curare le malattie, riabilitare, oppure quelle che forniscono servizi assistenziali per esempio di tipo amicale o domiciliare o di trasporto malati.

4. Il presente articolo non si applica all'adesione a partiti politici o a sindacati od organizzazioni attraverso la cui appartenenza possa essere rilevata la fede religiosa o gli orientamenti sessuali.
5. Il dipendente si astiene dal trattare pratiche relative ad associazioni di cui è membro quando è prevista l'erogazione di contributi, sovvenzioni, sussidi e vantaggi anche di natura non economica.
6. Il dipendente che appartiene ad associazioni od organizzazioni, non utilizza il proprio tempo lavoro, i beni o le attrezzature dell'Azienda per promuovere l'attività di tali organismi.
7. Il dipendente non costringe altri dipendenti ad aderire ad associazioni od organizzazioni, né esercita pressioni a tale fine, promettendo vantaggi o prospettando svantaggi di carriera.
8. L'eventuale mancata dichiarazione da parte del soggetto si configura come una violazione degli obblighi di servizio e conseguentemente comporta l'avvio di un procedimento disciplinare;
9. I dipendenti dell'Azienda USL Umbria n.2 non possono far parte di associazioni e organismi i cui fini siano in contrasto con quelli perseguiti dall'Azienda stessa, né intrattengono o curano relazioni con organizzazioni vietate dalla legge.
10. Il dirigente valuta la sussistenza di condizioni che integrino ipotesi di conflitto, al fine di accertare la possibile insorgenza degli obblighi di astensione di cui al successivo articolo 9. Tali valutazioni, nei confronti dei dirigenti, sono effettuate dal Direttore Amministrativo o Sanitario in base al servizio di appartenenza.
11. Le valutazioni del dirigente con le decisioni assunte unitamente alla dichiarazione presentata sono trasmesse al RPC.

10. COMUNICAZIONE DEGLI INTERESSI FINANZIARI E CONFLITTI DI INTERESSE⁴

1. Fermi restando gli obblighi di trasparenza previsti da leggi o regolamenti, il dipendente all'atto dell'assunzione o al momento informa per iscritto il proprio Responsabile di tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati in qualunque modo retribuiti che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni, precisando:
 - se in prima persona, o suoi parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente abbiano ancora rapporti finanziari con il soggetto con cui ha avuto i predetti rapporti di collaborazione;
 - se tali rapporti siano intercorsi o intercorrano con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, limitatamente alle pratiche a lui affidate.
2. Il dipendente si astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici.

⁴ DPR 62/2013 Art. 6 Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti d'interesse 1. Fermi restando gli obblighi di trasparenza previsti da leggi o regolamenti, il dipendente, all'atto dell'assegnazione all'ufficio, informa per iscritto il dirigente dell'ufficio di tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati in qualunque modo retribuiti che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni, precisando: a) se in prima persona, o suoi parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente abbiano ancora rapporti finanziari con il soggetto con cui ha avuto i predetti rapporti di collaborazione; b) se tali rapporti siano intercorsi o intercorrano con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, limitatamente alle pratiche a lui affidate. 2. Il dipendente si astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici.

11. OBBLIGO DI ASTENSIONE-CONFLITTO DI INTERESSI⁵

1. Il conflitto di interessi va inteso in un'accezione ampia, come ogni situazione nella quale un interesse del soggetto tenuto al rispetto del Codice interferisce o potrebbe interferire con lo svolgimento imparziale dei suoi doveri pubblici.

In particolare, il conflitto di interessi può essere:

a. attuale, cioè presente al momento dell'azione o decisione del soggetto tenuto al rispetto del Codice;

b. potenziale, che potrà diventare attuale in un momento successivo;

c. apparente, che può essere percepito dall'esterno come tale;

d. diretto, che comporta il soddisfacimento di un interesse del soggetto tenuto al rispetto del Codice;

e. indiretto, che attiene a entità o individui diversi dal soggetto tenuto al rispetto del Codice ma allo stesso collegati.

2. Gli atti formali di astensione e le decisioni assunte dal Responsabile, sono inseriti e conservati agli atti del Servizio.

3. Le procedure adottate rispondono ai seguenti criteri e sono dettagliatamente descritte all'interno del Piano:

- sono univoche per la gestione del conflitto di interessi anche all'interno delle singole unità operative, con particolare riferimento alle situazioni che potrebbero determinare l'obbligo di astensione previsto dall'art. 7⁶ del DPR 62/2013;

Ma, concretamente, quali sono gli elementi da considerare per capire se si è in presenza di conflitto di interesse?

Per valutare la sussistenza di un conflitto di interessi, anche potenziale, può essere utile porsi alcune domande come le seguenti:

➤ Il regalo, l'attività proposta, o la relazione ha qualche afferenza con l'attività della Azienda USL Umbria 2?

➤ Il regalo, l'attività proposta, o la relazione interferisce con il mio ruolo, orario di lavoro e risorse dell'ente?

➤ Ho un interesse personale che confligge o può essere percepito in conflitto con il mio dovere pubblico?

➤ Potrebbero esserci vantaggi per me ora o nel futuro che rischiano di mettere in dubbio la mia obiettività?

➤ Come sarà visto all'esterno il mio coinvolgimento nella decisione o azione?

➤ Come potrebbe essere percepito il mio coinvolgimento nell'attività dell'associazione X?

➤ Esistono rischi per la reputazione mia o per la mia organizzazione?

➤ Quali sono le possibili conseguenze per me e per il mio ente se ignoro il conflitto di interessi?

(Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del SSN ANAC 20 settembre 2016)

⁵ Art 1 comma 41 L. 190/2012 - Art. 6-bis L. 241/1990. Conflitto di interessi. 1. Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale.

⁶ DPR 62/2013 - Art. 7 Obbligo di astensione. 1. Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza.

- dispongono che la comunicazione della situazione di conflitto da parte del soggetto avvenga tempestivamente e comunque non oltre dieci giorni dal momento in cui il conflitto potenziale o attuale si è manifestato o in cui la variazione delle condizioni si sia verificata;
- integrano l'art. 7 del DPR 62/2013, prevedendo che sull'astensione decida il responsabile dell'ufficio di appartenenza, indicando la procedura secondo la quale, detto responsabile, esaminate le circostanze, dovrà valutare se la situazione realizza un conflitto di interessi e rispondere per iscritto all'interessato comunicando gli esiti della valutazione e motivando espressamente le ragioni che determinano la rimozione dello stesso dall'incarico o che ne consentono la prosecuzione;
- dispongono, nel caso in cui sia necessario sollevare il soggetto dall'incarico e/o dal procedimento affidato, che il responsabile dell'ufficio provveda, nel rispetto del principio di proporzionalità, all'affidamento al predetto soggetto di altro incarico e/o al trasferimento ad altro ufficio, comunicando al RPC la soluzione adottata anche al fine di assicurare la continuità amministrativa.

Una particolare ipotesi di potenziale conflitto di interesse si può manifestare nell'ambito delle visite per il riconoscimento della invalidità civile o dell'accertamento dell'handicap nel momento in cui l'assistito produca documentazione rilasciata da uno o più medici membri di quella commissione. In tali casi il medico deve astenersi e non deve partecipare alla valutazione, fatta salva deroga verbalizzata formalmente dal Presidente della Commissione.

Esistono particolari categorie che generano interessi secondari che possono generare conflitto di interessi:

- Relazioni **"ambigue"** DONI, REGALI, ALTRE UTILITA'
- Relazioni **"finanziarie"** RAPPORTI FINANZIARI, CREDITI O DEBITI,
- Relazioni **"politiche"** APPARTENENZA A PARTITI, ASSOCIAZIONI O ORGANIZZAZIONI
- Relazioni **"amicali"** AMICIZIA, GRAVE INIMICIZIA
- Relazioni **"familiari/affettive"** CONIUGE, CONVIVENZA, PARENTELA O AFFINITA'
- Relazioni di **"rappresentanza"** TUTORAGGIO, CURA, PROCURA O AGENZIA
- Relazioni **"professionali"** COLLABORAZIONE CON SOGGETTI PRIVATI
- Relazioni **"professionali future"** PANTOUFLAGE o REVOLVING DOORS
- Relazioni **"extra-istituzionali"** INCARICHI D'UFFICIO O EXTRA-ISTITUZIONALI

Fonte FORMEZPA

12. ESEMPLIFICAZIONI DI POSSIBILI CONFLITTI DI INTERESSI

1. Possono costituire ipotesi di conflitto di interessi i seguenti comportamenti descritti a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- **Obblighi di trasparenza soggettiva:** obbligo di informare regolarmente l'Azienda di fatti privati che possono generare situazioni di conflitto (art.5 c.1; art.6 c.1; art.14 c.3; art. 13 c.3)
- **Divieti:** divieto di tenere comportamenti ritenuti deprecabili e rischiosi (art.3 c.3: uso a fini privati di informazioni di cui il dipendente dispone per ragioni di ufficio; art.4 c.1 e 2 : chiedere e ricevere regali; art.4 c.6: accettare incarichi da terzi che abbiano avuto rapporti economicamente significativi con l'ufficio; art.10: sfruttare la posizione ricoperta nell'amministrazione per ottenere utilità non spettanti; art. 14 c.1: ricorrere a mediazioni nella contrattazione per conto della p.a.)
- **Esclusione da attribuzioni:** esclusione di coloro che versano in date situazioni da cui può derivare un pregiudizio della imparzialità soggettiva, della possibilità di esercitare talune attribuzioni (art.14 c.2: concludere contratti per conto della p.a.; art. 14 c.2: partecipare ad attività relative alla esecuzione di contratti);

- Astensione: dovere di astensione dall'esercizio di attribuzioni o dallo svolgimento di attività a fronte di situazioni di conflitto (art.6 c.2; art.7)

13. PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

2. Il dipendente collabora con il RPC e il RT segnalando, tramite il proprio superiore gerarchico:
 - a) le eventuali difficoltà incontrate nell'adempimento delle prescrizioni contenute nel Piano per la prevenzione della corruzione;
 - b) il diretto riscontro di ulteriori situazioni di rischio non specificamente disciplinate nel predetto Piano;
 - c) le eventuali situazioni di illecito nell'Azienda di cui sia venuto direttamente a conoscenza.

14. FORMAZIONE

1. La formazione di tutti gli operatori è coordinata e inserita in quella prevista nella sezione prevenzione della corruzione del PIAO e prevede un adeguato percorso formativo, proteso al diffondersi della cultura dell'etica pubblica e dell'integrità.

15. TRASPARENZA E TRACCIABILITÀ⁷

1. Il dipendente assicura l'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti in capo alle pubbliche amministrazioni secondo le disposizioni normative vigenti e i contenuti della sezione prevenzione della corruzione del PIAO.
2. Il dipendente presta la massima collaborazione al proprio dirigente ed al Responsabile della Trasparenza al fine di garantire la comunicazione, in modo regolare e completo, delle informazioni, dati e documenti oggetto di pubblicazione nonché il loro aggiornamento.
3. Ogni dipendente deve garantire la tracciabilità delle attività connesse allo svolgimento delle proprie funzioni attraverso un adeguato supporto documentale, che consenta in ogni momento la verificabilità.
4. La disponibilità alla collaborazione è, per ciascun dipendente, elemento utile ai fini della misurazione e valutazione delle performance, nonché nell'attribuzione dei premi e del risultato.

16. RAPPORTI CON IL PUBBLICO E GLI UTENTI

1. Il dipendente che svolge attività a contatto con il pubblico si fa identificare attraverso l'esposizione in modo visibile del tesserino di riconoscimento o altro modo equivalente, salvo diverse disposizioni di servizio.
2. Nei rapporti con il pubblico ogni dipendente:
 - a) opera con spirito di servizio, correttezza, cortesia e disponibilità e, nel rispondere alla corrispondenza, a chiamate telefoniche e ai messaggi di posta elettronica (quando non si tratti di informazioni soggette a tutela del trattamento dati personali e/o sensibili⁸), opera nella maniera più completa e accurata possibile. Qualora non sia competente per posizione rivestita o per materia, indirizza l'interessato al funzionario o ufficio competente della medesima Azienda

⁷ DPR n.62/2013: Art. 9 Trasparenza e tracciabilità 1. Il dipendente assicura l'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti in capo alle pubbliche amministrazioni secondo le disposizioni normative vigenti, prestando la massima collaborazione nell'elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati sottoposti all'obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale. 2. La tracciabilità dei processi decisionali adottati dai dipendenti deve essere, in tutti i casi, garantita attraverso un adeguato supporto documentale, che consenta in ogni momento la replicabilità.

⁸ Regolamento UE 679/2016 - D.Lgs. 196 del 30/06/2003

- b) nel rispetto delle norme sul segreto d'ufficio, fornisce spiegazioni che gli siano richieste in ordine al comportamento proprio e di altri dipendenti dell'ufficio dei quali ha la responsabilità od il coordinamento. Nelle operazioni da svolgersi e nella trattazione delle pratiche il dipendente rispetta, salvo diverse esigenze di servizio o diverso ordine di priorità stabilito dall'Azienda, l'ordine cronologico e non rifiuta prestazioni a cui sia tenuto con motivazioni generiche.
- c) rispetta gli appuntamenti con i cittadini e risponde senza ritardo ai loro reclami, nel rispetto di quanto stabilito dalle procedure aziendali per la gestione dei reclami.
- d) si astiene da dichiarazioni pubbliche offensive nei confronti dell'Azienda salvo il diritto di esprimere valutazioni e diffondere informazioni a tutela dei diritti sindacali
- e) opera al fine di assicurare la continuità del servizio, di consentire agli utenti la scelta tra i diversi erogatori e di fornire loro informazioni sulle modalità di prestazione del servizio e sui livelli di qualità. A tale riguardo si astiene dal fornire informazioni specifiche che possano influenzare la libertà di scelta del cittadino
- f) non assume impegni né anticipa l'esito di decisioni o azioni proprie o altrui inerenti all'ufficio, al di fuori dei casi consentiti
- g) fornisce informazioni e notizie relative ad atti od operazioni amministrative, in corso o conclusi, nelle ipotesi previste dalle disposizioni di legge e regolamentari in materia di accesso
- h) rilascia copie ed estratti di atti o documenti secondo la sua competenza, con le modalità stabilite dalle norme in materia di accesso e dai regolamenti aziendali.
- i) osserva il segreto d'ufficio e la normativa in materia di tutela e trattamento dei dati personali e, qualora sia richiesto informalmente di fornire informazioni, atti, documenti non accessibili tutelati dal segreto d'ufficio o dalle disposizioni in materia di dati personali, informa il richiedente dei motivi che ostano all'accoglimento della richiesta. Qualora non sia competente a provvedere in merito alla richiesta cura, sulla base delle disposizioni interne, che la stessa venga inoltrata alla struttura aziendale responsabile del procedimento.
- j) nell'inserimento degli utenti nelle liste di prenotazione delle prestazioni diagnostiche, specialistiche ambulatoriali e dei ricoveri ospedalieri, rispetta l'ordine cronologico e le classi di priorità definite, in base all'urgenza, dalle norme in materia e dalle disposizioni aziendali
- k) non pubblicizza, commercializza o propone agli utenti dei servizi aziendali prestazioni, beni o servizi relativi alla attività lavorativa svolta al di fuori dell'Azienda, anche se si trova in part time ed è autorizzato a svolgere altre attività lavorativa
- l) non può, qualora ritenga opportuno per fini terapeutici l'utilizzo da parte del paziente di presidi/materiali/oggetti non erogabili direttamente dalla Azienda, nel prescrivere/suggerirne/consigliare l'acquisto, utilizzare nomi di Aziende produttrici o esercizi commerciali specifici, ma deve riferirsi a nomi generici, punti vendita generici (es. farmacia e non Farmacia del Dr. *"Tal dei Tali"*)
- m) Nel richiamare in toto i precetti dell'art. 12 DPR 62/2013, si specifica ulteriormente che nella Azienda USL Umbria n.2 l'inserimento degli utenti nelle liste di prenotazione delle prestazioni diagnostiche, specialistiche ambulatoriali e dei ricoveri ospedalieri deve avvenire nel rispetto dell'ordine cronologico e delle classi di priorità definite, in base all'urgenza, dalle norme in materia e dalle disposizioni aziendali
- n) Il dipendente non rilascia dichiarazioni alla stampa e/o verso l'esterno in generale, in relazione a questioni che, per la loro rilevanza strategica o politica, coinvolgono direttamente il vertice aziendale e informa il Direttore Generale qualora sia contattato direttamente dai giornalisti

anche su temi strettamente inerenti alla propria attività istituzionale. Egli, prima di rilasciare dichiarazioni o interviste all'organo di informazione, deve essere debitamente autorizzato dal Direttore Generale.

- o) Gli operatori che operano a contatto con il pubblico (URP, front office, ecc.) devono mantenere specifici comportamenti orientati:
- all'ascolto e alla comprensione della richiesta espressa dall'utente;
 - alla correttezza e all'essere rispettosi, prescindendo dalle modalità espressive e di atteggiamento della controparte; assertivi nel garantire la gestione dei diritti di informazione, di accesso agli atti e di partecipazione, nonché nella gestione di segnalazioni di disservizi;
 - alla risoluzione dei problemi e dei conflitti, al fine di agevolare la fruizione dei servizi offerti, anche attraverso l'informazione sulle disposizioni normative e amministrative e sull'organizzazione e compiti dell'Azienda;
 - a prevenire e contrastare lo stigma e la discriminazione nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi sanitari da parte delle persone LGBT+.
- p) Presta la propria collaborazione agli operatori dell'URP al fine di favorire la rapida risoluzione dei problemi e dei conflitti e, comunque, di rispondere in modo esauriente e tempestivo ad eventuali reclami pervenuti da parte dei cittadini.

17. COMPORTAMENTO IN SERVIZIO

1. Il dipendente nel rispetto delle funzioni assegnate, svolge i compiti con elevato impegno ed ampia disponibilità e porta a termine gli incarichi affidati assumendone le connesse responsabilità.
2. Fermo restando il rispetto dei termini del procedimento amministrativo, il dipendente, salvo giustificato motivo, non ritarda né adotta comportamenti tali da far ricadere su altri dipendenti il compimento di attività o l'adozione di decisioni di propria spettanza.
3. Il dipendente utilizza i permessi di astensione dal lavoro, comunque denominati, nel rispetto delle condizioni previste dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi. Il dirigente responsabile vigila sulla correttezza delle presenze ed assenze dal servizio del proprio personale assegnato, trasmettendo, ove previsto, la segnalazione dell'illecito disciplinare all'Ufficio per i procedimenti disciplinari.
4. Il dipendente utilizza il materiale o le attrezzature di cui dispone per ragioni di ufficio e i servizi telematici e telefonici dell'ufficio nel rispetto dei vincoli posti dall'Azienda. Al riguardo, allo scopo di assicurare la massima collaborazione al rispetto di alcune regole d'uso, il dipendente, fatte salve diverse disposizioni impartite dall'Azienda:
 - a) alla fine della giornata lavorativa provvede allo spegnimento delle luci del proprio ufficio, assicurando che porte e finestre dello stesso siano chiuse a chiave e avendo cura delle chiavi in suo possesso;
 - b) è tenuto a non lasciare i computer accesi, macchine operative e stampanti in stato attivo, assicurando lo spegnimento del dispositivo di collegamento con la rete elettrica, nel rispetto di tutte le norme di sicurezza in materia informatica, a tutela della funzionalità e della protezione dei sistemi;

- c) provvede a monitorare costantemente ed a spegnere eventuali riscaldatori termoelettrici e condizionatori in dotazione all'ufficio;
 - d) ha cura dei mezzi e dei materiali a lui affidati e adotta le cautele necessarie per impedirne il deterioramento, la perdita o la sottrazione;
 - e) utilizza gli strumenti informatici assicurando la riservatezza dei codici di accesso ai programmi e agli strumenti, evitando la navigazione in internet su siti con contenuti irrispettosi per l'attività istituzionale dell'ente (anche se non bloccati dalle policy e dai firewall aziendali) e non intrattiene durante l'orario di lavoro relazioni esterne con social network. A tale riguardo osserva le disposizioni dei Regolamenti aziendali che disciplinano l'uso dei computer e della rete aziendale, nonché della posta elettronica aziendale;
 - f) non invia messaggi di posta elettronica ingiuriosi o irrispettosi, offensivi dell'immagine dell'Azienda;
 - g) non si fa recapitare presso la sede di lavoro pacchi o corrispondenza privata;
 - h) limitare nell'orario di servizio l'uso dei cellulari privati ai soli casi di necessità e di urgenza e per il tempo strettamente necessario;
 - i) se utilizza per ragioni di servizio i mezzi di trasporto aziendali si attiene scrupolosamente alle disposizioni contenute nella Delibera del Direttore Generale n. 900 del 17/09/2015 "*Adozione regolamento servizio autoparco AUSL Umbria n. 2*" ed in tutti gli eventuali successivi atti ed istruzioni. Verifica il buono stato di funzionamento del mezzo; se riscontra eventuali anomalie ne dà sollecita informazione al Responsabile della struttura assegnataria del mezzo; non lascia l'autovettura priva di carburante; compila il libretto di marcia e si astiene dal trasportare estranei all'attività di servizio; utilizza i mezzi di trasporto aziendali soltanto per lo svolgimento dei compiti d'ufficio.
 - j) osserva le norme comunali che disciplinano la raccolta differenziata secondo le indicazioni dell'Azienda.
5. Il dipendente durante l'orario di servizio non utilizza propri apparati telefoni/smartphone/tablet ecc per comunicare con l'esterno e/o intrattenere relazioni esterne con social network fatta eccezione per brevi comunicazioni necessarie.
6. Il dipendente, nelle relazioni con i superiori, i colleghi ed i collaboratori:
- a) assicura la massima collaborazione, nel rispetto reciproco delle posizioni e delle funzioni istituzionali;
 - b) evita atteggiamenti e comportamenti che possano turbare il necessario clima di serenità e concordia nell'ambito di lavoro;
 - c) socializza con gli altri colleghi le informazioni e le conoscenze acquisite attraverso la formazione.
7. Ad eccezione di particolari casi autorizzati dal Responsabile di struttura, di norma, non consuma pasti in ufficio.
8. Il dipendente non sosta nell'area timbro in attesa di un determinato orario.
9. Effettuata la timbratura in ingresso il dipendente deve essere pronto per iniziare l'attività lavorativa.
10. Il dipendente non si attarda, più del dovuto, nell'area caffè.
11. Tutti i dipendenti sono tenuti ad osservare le norme in materia di sicurezza, indossando i dispositivi di protezione individuale richiesti in relazione alla tipologia di attività e funzione svolta.

18. COMPORAMENTO DA OSSERVARE

1. Il dipendente non deve porre in essere azioni e comportamenti che possano pregiudicare gli interessi della USL Umbria n. 2 o ledere l'immagine. Di seguito si elencano una serie di comportamenti da osservare.

E' fatto divieto:

- di mettere in atto comportamenti e azioni lesivi dell'immagine aziendale o pregiudizievoli degli interessi della stessa, a divulgare informazioni e/o formulare commenti volti a ledere l'immagine o l'onorabilità di colleghi, superiori gerarchici o della Azienda USL Umbria n.2 anche al di fuori dell'orario lavorativo, anche attraverso il *web* e i *social network*;
- di effettuare riprese audio, riprese fotografiche, videoregistrazioni con qualsiasi strumento a presidi aziendali né tantomeno a persone all'interno di strutture aziendali, con particolare riguardo agli assistiti, se non espressamente autorizzati dalla Direzione aziendale;
- di accettare e/o proporre lo scambio di agevolazioni riguardanti pratiche di ufficio con altri soggetti;
- di interloquire con superiori gerarchici e colleghi allo scopo di influenzare la gestione non corretta di pratiche dell'ufficio, facendo leva sulla propria posizione all'interno dell'amministrazione;
- di diffondere anticipatamente gli esiti dei procedimenti di gara, di concorso, o di selezione pubblica e comunque di qualsiasi informazione sul procedimento prima che siano conclusi e ne sia stata data pubblicizzazione, salvo specifiche disposizioni normative
- di sfruttare né menzionare, nei rapporti privati (comprese le relazioni extra lavorative con pubblici ufficiali nell'esercizio delle loro funzioni) la posizione che ricopre nell'Azienda per ottenere vantaggi economici od utilità che non gli spettino e non assume nessun altro comportamento che possa non solo nuocere all'immagine dell'Azienda, ma esporre al rischio di comportamenti corruttivi rilevanti o rilevabili.

E' fatto obbligo:

- di indicare negli atti aziendali il riferimento del Responsabile del procedimento;
- di conoscere e rispettare il Documento di Valutazione dei Rischi da parte del dipendente, dei fornitori di beni e servizi nonché delle ditte appaltatrici di lavori;
- di comunicare alla Direzione Aziendale la sussistenza nei propri confronti di provvedimenti di rinvio a giudizio in procedimenti penali;
- di rispettare quanto disposto in materia di sponsorizzazioni anche alla luce del regolamento aziendale.

19. MISURE SPECIFICHE PER L'ATTIVITA' ASSISTENZIALE

1. Per quanto riguarda le attività assistenziali erogate dalla Azienda USL Umbria n. 2, i destinatari del codice di comportamento devono attenersi ai seguenti obblighi:

- rispetto delle disposizioni vigenti e del regolamento aziendale sulle liste di attesa, sulla attività libero professionale compreso il divieto di indirizzare la scelta del paziente verso l'attività libero professionale;
- di percepire corrispettivi di qualsivoglia natura esclusivamente nell'esercizio delle proprie funzioni istituzionali che siano consentiti dalla legge, previsti dal contratto collettivo e autorizzati dalla azienda USL Umbria n.2;
- il divieto di indicare nella documentazione sanitaria, nei limiti e alle condizioni previste dalla normativa vigente in materia, il nome commerciale dei farmaci prescritti e/o consigliati,

all'atto della prescrizione e/o del consiglio terapeutico, in sede di dimissione dalla struttura sanitaria e/o a seguito di visita ambulatoriale;

- il richiamo all'osservanza dei principi deontologici e di imparzialità anche nella prescrizione/consiglio terapeutico di altri prodotti diversi dai farmaci (come ad esempio prodotti sostitutivi del latte materno);
- di rispettare i turni e l'orario di lavoro programmati, salvo giusta causa adeguatamente motivata;
- di non utilizzare divise e indumenti forniti al personale al di fuori dei luoghi e degli orari di lavoro;
- di garantire il diritto del paziente alla autodeterminazione del percorso di cura, comprese le modalità di informazione e comunicazione dei rischi e benefici per l'acquisizione del consenso informato all'atto sanitario. Si richiama, a tal fine, al rispetto della procedura aziendale;
- di osservare la normativa vigente in materia di trattamento dati personali⁹, amministrazione digitale e più genericamente sulla corretta tenuta e gestione della documentazione clinica.

20. MISURE SPECIFICHE PER L'UTILIZZO DELLE TECNOLOGIE INFORMATICHE

1. L'Azienda USL Umbria n. 2 con Delibera del Direttore Generale n. 1276 del 04/09/2018 si è dotata del "Disciplinare per il Corretto Utilizzo degli Strumenti Informatici e Telematici Internet e posta elettronica" al quale si fa espresso rinvio. Di seguito si fa specifico richiamo alle disposizioni del Disciplinare ribadendo ed integrando le stesse con le seguenti prescrizioni:
 - a) L'utilizzo di account istituzionali è consentito per i soli fini connessi all'attività lavorativa o ad essa riconducibili e non può in alcun modo compromettere la sicurezza o la reputazione dell'amministrazione.
 - b) L'utilizzo di caselle di posta elettronica personali è di norma evitato per attività o comunicazioni afferenti il servizio, salvi i casi di forza maggiore dovuti a circostanze in cui il dipendente, per qualsiasi ragione, non possa accedere all'account istituzionale
 - c) Il dipendente è responsabile del contenuto dei messaggi inviati. I dipendenti si uniformano alle modalità di firma dei messaggi di posta elettronica di servizio individuate dall'amministrazione di appartenenza (per es. delibera D.G. 673/2023). Ciascun messaggio in uscita deve consentire l'identificazione del dipendente mittente e deve indicare un recapito istituzionale al quale il medesimo è reperibile.
 - d) Al dipendente è consentito l'utilizzo degli strumenti informatici forniti dall'amministrazione per poter assolvere alle incombenze personali senza doversi allontanare dalla sede di servizio, purché l'attività sia contenuta in tempi ristretti e senza alcun pregiudizio per i compiti istituzionali.
 - e) È vietato l'invio di messaggi di posta elettronica, all'interno o all'esterno dell'amministrazione, che siano oltraggiosi, discriminatori o che possano essere in qualunque modo fonte di responsabilità dell'Azienda USL Umbria n.2.

⁹ D.Lgs 196/03 e 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)

- f) la casella di posta elettronica e la sua gestione sono per esclusivo interesse dell'Ente;
- g) è fatto obbligo di rimuovere dalla casella ogni informazione di carattere personale che non sia pertinente alle attività dell'Azienda
- h) è fatto obbligo di trasferire ogni informazione, documento, immagine, ecc. nel flusso documentale dell'ente, sia ai fini della trattazione, sia ai fini della idonea conservazione
- i) è fatto obbligo di effettuare una periodica manutenzione della casella di posta elettronica, sia per evitare un inutile ingolfamento, sia per garantire che ogni comunicazione sia stata evasa o rimossa.

Inoltre, è necessario che, in prossimità della cessazione del servizio, il dipendente provveda a svuotare la propria casella, assicurando la cancellazione dei messaggi non pertinenti e l'inoltro di quelli che richiedono trattazione, consentendo così una corretta rimozione definitiva della casella.

2. L'Azienda USL Umbria n. 2, attraverso i propri responsabili di struttura, ha facoltà di svolgere gli accertamenti necessari e adottare ogni misura atta a garantire la sicurezza e la protezione dei sistemi informatici, delle informazioni e dei dati. Le modalità di svolgimento di tali accertamenti sono stabilite mediante linee guida adottate dall'Agenzia per l'Italia Digitale, sentito il Garante per la protezione dei dati personali. In caso di uso di dispositivi elettronici personali, trova applicazione l'[articolo 12, comma 3-bis del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82](#).

21. MISURE SPECIFICHE PER L'UTILIZZO DEI MEZZI DI INFORMAZIONE E DEI SOCIAL MEDIA

1. Nell'utilizzo dei propri account di social media, il dipendente utilizza ogni cautela affinché le proprie opinioni o i propri giudizi su eventi, cose o persone, non siano in alcun modo attribuibili direttamente alla pubblica amministrazione di appartenenza.
2. In ogni caso il dipendente è tenuto ad astenersi da qualsiasi intervento o commento che possa nuocere al prestigio, al decoro o all'immagine dell'amministrazione di appartenenza o della pubblica amministrazione in generale.
3. Al fine di garantirne i necessari profili di riservatezza le comunicazioni, afferenti direttamente o indirettamente il servizio non si svolgono, di norma, attraverso conversazioni pubbliche mediante l'utilizzo di piattaforme digitali o social media. Sono escluse da tale limitazione le attività o le comunicazioni per le quali l'utilizzo dei social media risponde ad una esigenza di carattere istituzionale.
4. L'Azienda USL Umbria n. 2 con Delibera del Direttore Generale n. 1885 del 25/09/2024 si è dotata del "Regolamento aziendale social media policy" al quale si fa espresso rinvio. Con tale regolamento l'Azienda si è dotata anche di una "social media policy" per ciascuna tipologia di piattaforma digitale, al fine di adeguare alle proprie specificità le disposizioni di cui al presente articolo.
5. Fermi restando i casi di divieto previsti dalla legge, i dipendenti non possono divulgare o diffondere per ragioni estranee al loro rapporto di lavoro con l'amministrazione e in difformità alle disposizioni di cui al decreto legislativo 13 marzo 2013, n. 33, e alla legge 7 agosto 1990, n. 241, documenti, anche istruttori, e informazioni di cui essi abbiano la disponibilità.»;
6. I rapporti tra l'Azienda e gli organi di informazione sono di competenza delle funzioni aziendali a ciò delegate; sono intrattenuti nel rispetto della politica di comunicazione definita dall'Azienda.

I dipendenti, pertanto, non possono fornire informazioni ai rappresentanti degli organi di informazione senza l'autorizzazione delle funzioni competenti. In ogni caso, le informazioni e le comunicazioni destinate all'esterno devono essere accurate, veritiere, complete, trasparenti e osservanti delle norme in materia di tutela della riservatezza dei dati personali e sensibili.

7. La partecipazione dei dipendenti, in nome dell'Azienda o in rappresentanza della stessa, ad eventi, comitati, convegni, associazioni, deve essere regolarmente autorizzata, nel rispetto delle procedure interne.

22. COMPORTAMENTO PER LE AREE AFFIDAMENTO DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE, ACQUISTO DI BENI ATTIVITA' NEGOZIALE

1. Il dipendente che presta servizio nelle aree affidamento di lavori, servizi e forniture, acquisto di beni, attività negoziale, deve operare nell'ottica del massimo vantaggio per l'Azienda USL Umbria n.2 nel perseguimento dei propri fini istituzionali.
2. Deve conoscere la valutazione complessiva del grado di rischio indicato nella mappatura dei processi del P.T.P.C.T. e orientare il proprio operato in modo da porre un grado di diligenza proporzionato alla qualifica di valutazione del rischio; cura la conoscenza e la formazione professionale sulla normativa tecnica di riferimento ed offre incondizionata collaborazione, nell'ambito delle proprie competenze, al responsabile delle diverse fasi del procedimento.
3. Nella vita privata, il dipendente non intrattiene rapporti e non conclude transazioni con operatori economici che abbiano stipulato negoziazioni con l'Azienda USL Umbria n.2, avuto riguardo alle dimensioni della comunità civile presente presso la sede di servizio.
4. È fatto divieto di chiedere e/o accettare benefit impropri per uso privato, quali, a titolo esemplificativo:
 - eccedenze di fornitura conseguenti ad acquisti;
 - campioni gratuiti di beni in quantità superiore a quanto previsto dalla normativa o da specifiche procedure aziendali;
 - doni che, seppur presentati con valore al di sotto della soglia consentita, siano percepiti dal ricevente di valore superiore e/o siano elargiti con ricorrenza;
 - comodati d'uso e valutazioni in prova che non siano stati autorizzati dalla direzione aziendale e il cui impiego non sia pertinente alle funzioni svolte dal soggetto e/o dal servizio presso cui lo stesso è incardinato;
 - benefici economici a qualunque titolo derivanti dall'instaurarsi di relazioni extra ufficio;
5. L'impegno espresso al rispetto dei presenti principi è assunto con la sottoscrizione dei patti d'integrità.

23. PERSONALE CHE SVOLGE ATTIVITÀ DI CONTROLLO E VIGILANZA

1. Il dipendente che svolge attività di controllo e vigilanza deve esporre il tesserino di riconoscimento abilitativo allo svolgimento dell'attività di accertamento ai sensi della Legge n.689/1981 in materia di sanzioni amministrative.
2. L'Ufficiale di Polizia Giudiziaria deve farsi riconoscere esponendo la tessera di riconoscimento della qualifica di UPG;

3. I suddetti operatori sono tenuti ad osservare le procedure specifiche in materia di vigilanza e controllo emanate dal Dipartimento di riferimento.
4. Nell'espletamento delle attività di controllo l'operatore deve attenersi a comportamenti ispirati alla massima professionalità, astenendosi da atteggiamenti vessatori o, al contrario, falsamente concilianti.

24. DISPOSIZIONI PARTICOLARI PER I DIRIGENTI

1. Il dirigente, così come individuato nel comma 1 dell'art. 13 del DPR 62/2013:
 - a) persegue gli obiettivi assegnati anche mediante un sistema organizzativo adeguato all'assolvimento dell'incarico.
 - b) assume atteggiamenti leali e trasparenti e adotta un comportamento esemplare, in termini di integrità, imparzialità, buona fede e correttezza, parità di trattamento, equità, inclusione e ragionevolezza, e imparziale nei rapporti con i colleghi, i collaboratori e i destinatari dell'azione amministrativa. Il dirigente cura, altresì, che le risorse assegnate alla struttura cui è preposto siano utilizzate per finalità esclusivamente istituzionali e, in nessun caso, per esigenze personali.
 - c) è consegnatario dei beni mobili aziendali in carico alla struttura stessa e ne risponde della custodia e della gestione sino a quando non ne abbia avuto formale scarico, nel rispetto delle procedure definite dall'Azienda.
 - d) cura la crescita professionale dei collaboratori, favorendo le occasioni di formazione e promuovendo opportunità di sviluppo interne ed esterne alla struttura di cui è responsabile.
 - e) cura, compatibilmente con le risorse disponibili, il benessere organizzativo nella struttura a cui è preposto, favorendo l'instaurarsi di rapporti cordiali e rispettosi tra i collaboratori, nonché di relazioni, interne ed esterne alla struttura, basate su una leale collaborazione e su una reciproca fiducia e assume iniziative finalizzate alla circolazione delle informazioni, all'inclusione e alla valorizzazione delle differenze di genere, di età e di condizioni personali.
 - f) assegna l'istruttoria delle pratiche sulla base di un'equa ripartizione del carico di lavoro, tenendo conto delle capacità, delle attitudini e della professionalità del personale a sua disposizione. Egli affida gli incarichi aggiuntivi in base alla professionalità e, per quanto possibile, secondo criteri di rotazione.
 - g) valuta il personale assegnato con imparzialità e rispettando le indicazioni ed i tempi definiti dalla procedura aziendale.
 - h) intraprende con tempestività le iniziative necessarie ove venga a conoscenza di un illecito, attiva e conclude, se competente, il procedimento disciplinare, ovvero segnala tempestivamente l'illecito all'autorità disciplinare, prestando ove richiesta la propria collaborazione e provvede contestualmente ad inoltrare, per il tramite della Direzione aziendale, tempestiva denuncia all'autorità giudiziaria penale o segnalazione alla Corte dei Conti per le rispettive competenze. Nel caso in cui riceva segnalazione di un illecito da parte di un dipendente, adotta ogni cautela di legge affinché sia tutelato il segnalante e non sia indebitamente rilevata la sua identità nel procedimento disciplinare, ai sensi dell'articolo 54-bis del decreto legislativo n. 165 del 2001. In questo ultimo caso l'Azienda ha elaborato ed inserito nel presente Piano un apposito regolamento.

2. Il dirigente deve assicurarsi che tutti i dati presenti sul portale web aziendale e nella sezione amministrazione trasparente dello stesso siano aggiornati, veritieri, completi ed in formato aperto e che gli aggiornamenti siano pubblicati nei tempi fissati dalle vigenti normative ove applicabili e, per le altre, nel più breve tempo possibile. Il dirigente effettua controlli almeno semestrali attestati dalla data di aggiornamento riportata nelle pagine di pertinenza.

25. DIVIETO DI FUMO

1. Atteso il fondamentale ruolo dell’Azienda quale struttura erogatrice di prestazioni tese al recupero e valorizzazione della promozione della salute, tutto il personale dipendente, nonché coloro i quali, a qualsiasi titolo, si trovino ad operare all’interno delle strutture aziendali, sono tenuti al rispetto del divieto di fumo previsto dalla legge e dal Regolamento Aziendale vigente.
2. Con delibera del Direttore Generale¹⁰ si è proceduto alla regolamentazione dell’azione dedicata a “Sviluppare all’interno delle aziende sanitarie una cultura di lotta al tabagismo”. In particolare all’art. 7. si descrivono le attività ed azioni di promozione come parte integrante della policy aziendale e si stabilisce che a tutto il personale aziendale spetta a vario titolo l’attività di:
 - sensibilizzare colleghi, pazienti e visitatori su iniziative di disassuefazione da fumo mediante l'orientamento volontario attraverso i Centri Anti Fumo presenti sia sul territorio aziendale, regionale e/o nazionale;
 - sottolineare i rischi e le conseguenze del fumo passivo, compreso quello c.d. di terza mano (fumo che impregna pareti, camici, divise e materiali);
 - promuovere stili di vita sani tra i colleghi, i pazienti, i visitatori anche divulgando materiale informativo e il regolamento aziendale contro il tabagismo.

26. CONTRATTI ED ALTRI ATTI NEGOZIALI

1. Il dipendente non conclude, per conto dell’Azienda, contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento o assicurazione con imprese con le quali abbia stipulato contratti a titolo privato o ricevuto altre utilità nel biennio precedente, ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell’articolo 1342¹¹ del codice civile. Nel caso in cui l’Azienda stipuli contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento o assicurazione, con imprese con le quali il dipendente abbia a sua volta stipulato contratti a titolo privato o ricevuto altre utilità nel biennio precedente, questi si astiene dal partecipare all’adozione delle decisioni e alle attività relative all’esecuzione del contratto, redigendo verbale scritto di tale astensione da conservare agli atti dell’ufficio.

¹⁰Delibera del Direttore Generale n. 996 del 28/12/2016 avente ad oggetto “Lotta al tabagismo - Policy aziendale - Approvazione regolamento e istituzione del Gruppo di Coordinamento aziendale”

¹¹ Art. 1342. Contratto concluso mediante moduli o formulari.

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate.

Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell’articolo precedente.

Art. 1341. Condizioni generali di contratto. Secondo comma

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l’esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell’altro contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell’autorità giudiziaria.

2. Il dipendente che abbia sottoscritto accordi o negozi ovvero contratti a titolo privato, ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'articolo 1342 del Codice civile, con persone fisiche o giuridiche private con le quali abbia concluso, nel biennio precedente, contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento ed assicurazione, per conto dell'Azienda, ne informa per iscritto il proprio Responsabile.
3. Il dipendente che riceva, da persone fisiche o giuridiche partecipanti a procedure negoziali nelle quali sia parte l'Azienda, rimostranze orali o scritte sull'operato dell'ufficio o su quello dei propri collaboratori, ne informa immediatamente, di norma per iscritto, il proprio Responsabile.

27. VIGILANZA INTERNA

1. Vigilano sull'applicazione del presente Codice, i dirigenti responsabili di ciascuna struttura, le strutture di controllo interno (OIV, Servizio Ispettivo...).
2. I dirigenti vigilano sulla corretta applicazione del presente Codice da parte dei dipendenti delle strutture di cui sono responsabili. Il controllo sul rispetto delle prescrizioni del presente Codice da parte dei dirigenti nonché sulla mancata vigilanza da parte di questi ultimi sull'attuazione e sul rispetto dei codici presso le strutture di cui sono titolari, è demandato ai soggetti sovraordinati.
3. Il RPC e il RT curano:
 - la diffusione della conoscenza del codice di comportamento
 - il monitoraggio annuale sulla loro attuazione attraverso l'acquisizione delle relazioni annuali dei dirigenti responsabili di Struttura,
 - la pubblicazione sul sito istituzionale di quanto previsto dalla norma e dal PTPCT e
 - assicura che i dati del monitoraggio siano presi in considerazione in sede di aggiornamento, sia del piano di prevenzione della corruzione, sia del codice, nonché per la formulazione di eventuali interventi volti a correggere i fattori che hanno determinato le condotte censurate.
4. L'ufficio procedimenti disciplinari (oltre alle funzioni disciplinari di cui all'articolo 55-bis e seguenti del decreto legislativo n. 165 del 2001), cura l'aggiornamento del codice di comportamento, l'esame delle segnalazioni di violazione dei codici di comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate.
5. Il Servizio Ispettivo Aziendale svolge le funzioni attribuite dalla norma e dalle disposizioni aziendali e descritte nella sezione Prevenzione della Corruzione del PIAO.

28. ATTIVITÀ FORMATIVE

1. L'attività di formazione rivolta ai dipendenti in materia di trasparenza e integrità, prevista dal PTPCT, deve contemplare anche contenuti che consentano la piena conoscenza del presente Codice.
2. Ai Responsabili delle singole strutture aziendali, viene demandata la promozione di opportuni momenti di formazione e aggiornamento sul contenuto del documento e di favorire la partecipazione agli eventi formativi disponibili.

10. RESPONSABILITÀ CONSEGUENTE ALLA VIOLAZIONE DEI DOVERI DEL CODICE DI COMPORTAMENTO

1. La violazione degli obblighi previsti dal DPR 62/2013 integra comportamenti contrari ai doveri d'ufficio. Ferme restando le ipotesi in cui la violazione delle disposizioni contenute nel Codice,

nonché dei doveri e degli obblighi previsti dal piano di prevenzione della corruzione PTPCT, dà luogo anche a responsabilità penale, civile, amministrativa o contabile del pubblico dipendente, essa è fonte di responsabilità disciplinare accertata all'esito del procedimento disciplinare, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità delle sanzioni.

2. Le sanzioni applicabili sono quelle previste dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi
3. Restano fermi gli ulteriori obblighi e le conseguenti ipotesi di responsabilità disciplinare dei pubblici dipendenti previsti da norme di legge, di regolamento o dai contratti collettivi.
4. Restano ferme le sanzioni previste dal D.Lgs. n.165/2001 che per violazioni gravi o reiterate prevedono l'applicazione dell'articolo 55-quater, comma 1¹².

11. DISPOSIZIONI FINALI

1. Il presente Codice è ampiamente diffuso e portato a conoscenza, attraverso la pubblicazione sul portale internet istituzionale e la notifica a tutti i dipendenti attraverso il servizio di posta elettronica aziendale.
2. Il presente documento potrà essere oggetto di revisione a seguito dell'emanazione di ulteriori linee guida.
3. Per quanto non espressamente specificato si rinvia alle norme contenute nel "*Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165*", approvato con DPR 16 aprile 2013, n. 62 e smi e pubblicato nel portale internet istituzionale.

¹² Art. 55-quater (Licenziamento disciplinare). 1. Ferma la disciplina in tema di licenziamento per giusta causa o per giustificato motivo e salve ulteriori ipotesi previste dal contratto collettivo, si applica comunque la sanzione disciplinare del licenziamento nei seguenti casi:

- a) falsa attestazione della presenza in servizio, mediante l'alterazione dei sistemi di rilevamento della presenza o con altre modalità fraudolente, ovvero giustificazione dell'assenza dal servizio mediante una certificazione medica falsa o che attesta falsamente uno stato di malattia;
- b) assenza priva di valida giustificazione per un numero di giorni, anche non continuativi, superiore a tre nell'arco di un biennio o comunque per più di sette giorni nel corso degli ultimi dieci anni ovvero mancata ripresa del servizio, in caso di assenza ingiustificata, entro il termine fissato dall'amministrazione;
- c) ingiustificato rifiuto del trasferimento disposto dall'amministrazione per motivate esigenze di servizio;
- d) falsità documentali o dichiarative commesse ai fini o in occasione dell'instaurazione del rapporto di lavoro ovvero di progressioni di carriera;
- e) reiterazione nell'ambiente di lavoro di gravi condotte aggressive o moleste o minacciose o ingiuriose o comunque lesive dell'onore e della dignità personale altrui;
- f) condanna penale definitiva, in relazione alla quale è prevista l'interdizione perpetua dai pubblici uffici ovvero l'estinzione, comunque denominata, del rapporto di lavoro.

(1-bis. Costituisce falsa attestazione della presenza in servizio qualunque modalità fraudolenta posta in essere, anche avvalendosi di terzi, per far risultare il dipendente in servizio o trarre in inganno l'amministrazione presso la quale il dipendente presta attività lavorativa circa il rispetto dell'orario di lavoro dello stesso. Della violazione risponde anche chi abbia agevolato con la propria condotta attiva o omissiva la condotta fraudolenta.) (Il D.Lgs. 20 giugno 2016, n. 116 ha disposto (con l'art. 3, comma 1) che le modifiche si applicano agli illeciti disciplinari commessi successivamente alla data di entrata in vigore del presente decreto).

Sommario

1.	PREMESSA E FINALITÀ	3
2.	PRINCIPALE NORMATIVA DI RIFERIMENTO	3
3.	AMBITO DI APPLICAZIONE.....	4
4.	PRINCIPI GENERALI	5
5.	TUTELA DEL WHISTLEBLOWER	6
6.	RIFIUTO DELLE DISCRIMINAZIONI E DELLE MOLESTIE E DEGLI ABUSI SESSUALI E MORALI.....	6
6.	OBBLIGO DI RISERVATEZZA	6
7.	REGALI, COMPENSI ED ALTRE UTILITÀ	8
8.	PARTECIPAZIONE AD ASSOCIAZIONI E ORGANIZZAZIONI	8
10.	COMUNICAZIONE DEGLI INTERESSI FINANZIARI E CONFLITTI DI INTERESSE	9
11.	OBBLIGO DI ASTENSIONE-CONFLITTO DI INTERESSI	10
12.	ESEMPLIFICAZIONI DI POSSIBILI CONFLITTI DI INTERESSI	11
13.	PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	12
14.	FORMAZIONE.....	12
15.	TRASPARENZA E TRACCIABILITÀ.....	12
16.	RAPPORTI CON IL PUBBLICO E GLI UTENTI.....	12
17.	COMPORTEMENTO IN SERVIZIO	14
18.	COMPORTEMENTO DA OSSERVARE.....	16
19.	MISURE SPECIFICHE PER L'ATTIVITA' ASSISTENZIALE.....	16
20.	MISURE SPECIFICHE PER L'UTILIZZO DELLE TECNOLOGIE INFORMATICHE.....	17
21.	MISURE SPECIFICHE PER L'UTILIZZO DEI MEZZI DI INFORMAZIONE E DEI SOCIAL MEDIA	18
22.	COMPORTEMENTO PER LE AREE AFFIDAMENTO DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE, ACQUISTO DI BENI ATTIVITA' NEGOZIALE	19
23.	PERSONALE CHE SVOLGE ATTIVITÀ DI CONTROLLO E VIGILANZA	19
24.	DISPOSIZIONI PARTICOLARI PER I DIRIGENTI	20
25.	DIVIETO DI FUMO	21
26.	CONTRATTI ED ALTRI ATTI NEGOZIALI.....	21
27.	VIGILANZA INTERNA	22
28.	ATTIVITÀ FORMATIVE.....	22
10.	RESPONSABILITÀ CONSEGUENTE ALLA VIOLAZIONE DEI DOVERI DEL CODICE DI COMPORTEMENTO	22
11.	DISPOSIZIONI FINALI.....	23

Allegato 1. Trasparenza-Elenco degli obblighi di pubblicazione

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Disposizioni generali						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
Disposizioni generali	P.T.P.C.T.	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (P.T.P.C.T.)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Annuale	Responsabile aziendale Prevenzione Corruzione (RPC)
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo	Ciascun responsabile di servizio/struttura per le proprie competenze
		Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo	Ciascun responsabile di servizio/struttura per le proprie competenze
		Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo	Ciascun responsabile di servizio/struttura per le proprie competenze
		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo	Servizio Affari Generali, Legali e Logistica

Disposizioni generali

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) per il codice di comportamento Servizio Amministrazione del Personale per il codice disciplinare
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	tempestivo	Non di competenza
		Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016 che ha abrogato l'art. 34, d.lgs. n. 33/2013	-
	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016 che ha abrogato l'art.37 del 69/2013	-
		Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)		-

Organizzazione

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo	Affari Generali, Legali e Logistica
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo	Non di competenza
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo	Non di competenza
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo	Non di competenza
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo	Non di competenza
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo	Non di competenza
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo	Non di competenza
		Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Tempestivo (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Non di competenza

Organizzazione

	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	Non di competenza
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo	Non di competenza
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	Non di competenza
	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo	Non di competenza
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo	Non di competenza
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo	Non di competenza
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo	Non di competenza

Organizzazione

	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo	Non di competenza
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo	Non di competenza
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Non di competenza
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	Non di competenza
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo	Non di competenza

Organizzazione

	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	Non di competenza
	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Nessuno	Non di competenza
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	Non di competenza
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	Non di competenza
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	Non di competenza
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	Non di competenza
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	Non di competenza
	Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	Non di competenza

Organizzazione

		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Nessuno	Non di competenza
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	Non di competenza
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo	Affari Generali, legali e logistica
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate		Non di competenza
			Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo		Non di competenza
	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo	Presidi Ospedalieri, Distretti, Dipartimento Prevenzione, Dipartimento Assistenza Farmaceutica, Dipartimenti Ospedalieri, territoriali e transmuralesi, Uffici di Staff e Direzioni Tecnico-Amministrative
			Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo

Organizzazione

		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo	Presidi Ospedalieri, Distretti, Dipartimento Prevenzione, Dipartimento Assistenza Farmaceutica, Dipartimenti Ospedalieri, territoriali e transmurales, Uffici di Staff e Direzioni Tecnico-Amministrative
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo	Servizio Informatico e Telecomunicazioni

Consulenti e collaboratori

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico (art. 15 c.4 D.Lgs.33/2013)	Servizio Amministrazione del personale, Affari Legali, Patrimonio, Formazione.
				Per ciascun titolare di incarico:		
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico (art. 15c.4 D.Lgs.33/2013)	Servizio Amministrazione del personale, Affari Legali, Patrimonio, Formazione.
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico (art. 15c.4 D.Lgs.33/2013)	Servizio Amministrazione del personale, Affari Legali, Patrimonio, Formazione.
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico (art. 15c.4 D.Lgs.33/2013)	Servizio Amministrazione del personale, Affari Legali, Patrimonio, Formazione.
		Art. 15, c. 2, d.lgs. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs.165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico (art. 15c.4 D.Lgs.33/2013)	Servizio Amministrazione del personale, Affari Legali, Patrimonio, Formazione.
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico (art. 15c.4 D.Lgs.33/2013)	Servizio Amministrazione del personale, Affari Legali, Patrimonio, Formazione.

Personale

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice		Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle).	Per ciascun titolare di incarico:		
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo	Servizio Affari Generali, Legali e Amministrazione del personale
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo	Servizio Affari Generali, Legali e Amministrazione del personale
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo	Servizio Affari Generali, Legali e Amministrazione del personale
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo	Servizio Affari Generali, Legali e Amministrazione del personale
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo	Servizio Affari Generali, Legali e Amministrazione del personale
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo	Servizio Affari Generali, Legali e Amministrazione del personale

Personale

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Tempestivo (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Sentenza Corte Costituzionale 20/2019
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	Servizio Affari Generali, Legali e Amministrazione del personale
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	Servizio Affari Generali, Legali e Amministrazione del personale
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Amministrazione del personale
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Amministrazione del personale

Personale

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	Servizio Affari Generali, Legali e Amministrazione del personale
	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)		Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Per ciascun titolare di incarico:		
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo	Servizio Amministrazione del personale
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo	Servizio Affari Generali, Legali e Amministrazione del personale
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo	Servizio Affari Generali, Legali e Amministrazione del personale
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo	Servizio Affari Generali, Legali e Amministrazione del personale
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo	Servizio Affari Generali, Legali e Amministrazione del personale
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo	Servizio Affari Generali, Legali e Amministrazione del personale

Personale

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Sentenza Corte costituzionale n.20/2019
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	Sentenza Corte costituzionale n.20/2019
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	Sentenza Corte costituzionale n.20/2019
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Servizio Affari Generali, Legali per le dichiarazioni dei Direttori Amministrativo e Sanitario • Amministrazione del Personale per tutti gli altri

Personale

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Servizio Affari Generali, Legali per le dichiarazioni dei Direttori Amministrativo e Sanitario • Amministrazione del Personale per tutti gli altri 	
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	Non di competenza	
		Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013		Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
	Dirigenti cessati		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	Non di competenza
			Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	Non di competenza
			Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	Non di competenza
			Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	Non di competenza
					Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	Non di competenza

Personale

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	Non di competenza
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	Sentenza Corte costituzionale n.20/2019
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno	Sentenza Corte costituzionale n.20/2019
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo	Servizio Amministrazione del personale
	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo	Servizio Amministrazione del personale

Personale

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Amministrazione del personale
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Amministrazione del personale
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Amministrazione del personale
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Amministrazione del personale
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Amministrazione del personale
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo	Servizio Amministrazione del personale

Personale

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo	
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo	Servizio Relazioni Sindacali, Politiche del personale e Sistema valutativo	
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo	Servizio Relazioni Sindacali, Politiche del personale e Sistema valutativo	
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	Servizio Relazioni Sindacali, Politiche del personale e Sistema valutativo Direzione amministrazione del Personale Amministrazione Medicina Convenzionata, Territoriale, Specialistica	
	OIV	OIV (da pubblicare in tabelle)	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Nominativi		Tempestivo	Servizio Affari Generali, Legali e Logistica
			Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Curricula		Tempestivo	Servizio Affari Generali, Legali e Logistica
			Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013	Compensi		Tempestivo	Servizio Affari Generali, Legali e Logistica

Bandi di concorso						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
Bandi di concorso		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo	Servizio Amministrazione del personale

Performance						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Servizio Relazioni Sindacali, Politiche del personale e Sistema valutativo
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo	Servizio Relazioni Sindacali, Politiche del personale e Sistema valutativo
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo	Servizio Relazioni Sindacali, Politiche del personale e Sistema valutativo

Performance

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo	Servizio Relazioni Sindacali, Politiche del personale e Sistema valutativo
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo	Servizio Relazioni Sindacali, Politiche del personale e Sistema valutativo
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo	Servizio Relazioni Sindacali, Politiche del personale e Sistema valutativo
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo	Servizio Relazioni Sindacali, Politiche del personale e Sistema valutativo
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo	Servizio Relazioni Sindacali, Politiche del personale e Sistema valutativo
	Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	-

Enti controllati						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
Enti controllati	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Economico-Finanziario
				Per ciascuno degli enti:		
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale entro il 31/05 (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Economico-Finanziario
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale entro il 31/05 (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Economico-Finanziario
				3) durata dell'impegno	Annuale entro il 31/05 (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Economico-Finanziario
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale entro il 31/05 (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Economico-Finanziario
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale entro il 31/05 (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Economico-Finanziario
	6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale entro il 31/05 (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Economico-Finanziario			

Enti controllati

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale entro il 31/05 (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Economico-Finanziario
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Servizio Economico-Finanziario
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale entro il 31/05 (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Servizio Economico-Finanziario
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale entro il 31/05 (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Economico-Finanziario
	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale entro il 31/05	Servizio Economico-Finanziario
				Per ciascuna delle società:		
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale entro il 31/05	Servizio Economico-Finanziario
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale entro il 31/05	Servizio Economico-Finanziario
				3) durata dell'impegno	Annuale entro il 31/05	Servizio Economico-Finanziario

Enti controllati

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale entro il 31/05	Servizio Economico-Finanziario
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale entro il 31/05	Servizio Economico-Finanziario
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale entro il 31/05	Servizio Economico-Finanziario
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale entro il 31/05	Servizio Economico-Finanziario
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo	Servizio Economico-Finanziario
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale entro il 31/05	Servizio Economico-Finanziario
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale entro il 31/05	Servizio Economico-Finanziario
		Art. 22, c. 1. lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'art. 18 della legge 7/8/15, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/16)	Tempestivo	Servizio Affari Generali, Legali
		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo	Servizio Affari Generali, Legali

Enti controllati

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo	Servizio Affari Generali, Legali
Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale entro il 31/05 (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Economico-Finanziario
				Per ciascuno degli enti:		
				1) ragione sociale	Annuale entro il 31/05	Servizio Economico-Finanziario
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale entro il 31/05	Servizio Economico-Finanziario
				3) durata dell'impegno	Annuale entro il 31/05	Servizio Economico-Finanziario
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale entro il 31/05	Servizio Economico-Finanziario
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale entro il 31/05	Servizio Economico-Finanziario
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale entro il 31/05	Servizio Economico-Finanziario
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale entro il 31/05	Servizio Economico-Finanziario
					Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	

Enti controllati

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (<u>link al sito dell'ente</u>)	Annuale entro il 31/05	Servizio Economico-Finanziario
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale entro il 31/05	Servizio Economico-Finanziario
	Rappresentazioni e grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale entro il 31/05	Servizio Economico-Finanziario

Attività e procedimenti

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo	
Attività e procedimenti	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	-	
	Tipologie di procedimento		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	Per ciascuna tipologia di procedimento:		Presidi Ospedalieri, Distretti, Dipartimento Prevenzione, Dipartimento Assistenza Farmaceutica, Dipartimenti Ospedalieri, territoriali e transmurati, Uffici di Staff e Direzioni Tecnico-Amministrative
			Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo	
			Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo	
			Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	
			Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	
			Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Tempestivo	
			Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo	
			Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo	

Attività e procedimenti

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo	
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo	
		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo	
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	
				Per i procedimenti ad istanza di parte:		
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo	Presidi Ospedalieri, Distretti, Dipartimento Prevenzione, Dipartimento Assistenza Farmaceutica, Dipartimenti Ospedalieri, territoriali e

Attività e procedimenti

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo	transmurale, Uffici di Staff e Direzioni Tecnico-Amministrative
	Monitoraggio tempi procedurali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	-
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo	Affari Generali, Legali e Logistica

Attività e procedimenti

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Presidi Ospedalieri, Distretti, Dipartimento Prevenzione, Dipartimento Assistenza Farmaceutica, Dipartimenti Ospedalieri, territoriali e transmurales, Uffici di Staff e Direzioni Tecnico-Amministrative
	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	-
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Presidi Ospedalieri, Distretti, Dipartimento Prevenzione, Dipartimento Assistenza Farmaceutica, Dipartimenti Ospedalieri, territoriali e transmurales, Uffici di Staff e Direzioni Tecnico-Amministrative
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	-

Controlli sulle imprese

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
Controlli sulle imprese		Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	-
		Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative		-

Bandi di gara e contratti

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
Bandi di gara e contratti	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Codice Identificativo Gara (CIG)	Tempestivo	Servizi: Acquisizione Beni e Servizi, Patrimonio, Attività Tecniche, Manutenzione ed Ingegneria clinica, Affari Generali, Legali e Logistica, Informatico e Telecomunicazioni, Dipartimento Assistenza Farmaceutica
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate	Tempestivo	Acquisizione Beni e Servizi, Patrimonio, Attività Tecniche, Manutenzione ed Ingegneria clinica, Affari Generali, Legali e Logistica, Informatico e Telecomunicazioni, Dipartimento Assistenza Farmaceutica
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)	Acquisizione Beni e Servizi, Patrimonio, Attività Tecniche, Manutenzione ed Ingegneria clinica, Affari Generali, Legali e Logistica, Informatico e Telecomunicazioni, Dipartimento Assistenza Farmaceutica

Bandi di gara e contratti

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Artt. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali	Tempestivo	Servizi: Acquisizione Beni e Servizi, Patrimonio, Attività Tecniche, Manutenzione ed Ingegneria clinica, Affari Generali, Legali e Logistica
				Per ciascuna procedura:		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del dlgs n. 50/2016	Avvisi di preinformazione - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Servizi: Acquisizione Beni e Servizi, Patrimonio, Attività Tecniche, Manutenzione ed Ingegneria clinica, Affari Generali, Legali e Logistica
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Delibera a contrarre o atto equivalente (per tutte le procedure)	Tempestivo	Servizi: Acquisizione Beni e Servizi, Patrimonio, Attività Tecniche, Manutenzione ed Ingegneria clinica, Affari Generali, Legali e Logistica

Bandi di gara e contratti

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		<p>Avvisi e bandi - Avviso (art. 19, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, dlgs n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 183, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, dlgs n. 50/2016)</p>	Tempestivo	Servizi: Acquisizione Beni e Servizi, Patrimonio, Attività Tecniche, Manutenzione ed Ingegneria clinica, Affari Generali, Legali e Logistica
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		<p>Avviso sui risultati della procedura di affidamento - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, dlgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, dlgs n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara</p>	Tempestivo	Servizi: Acquisizione Beni e Servizi, Patrimonio, Attività Tecniche, Manutenzione ed Ingegneria clinica, Affari Generali, Legali e Logistica

Bandi di gara e contratti

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi sistema di qualificazione - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Servizi: Acquisizione Beni e Servizi, Patrimonio, Attività Tecniche, Manutenzione ed Ingegneria clinica, Affari Generali, Legali e Logistica
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Affidamenti Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, dlgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Servizi: Acquisizione Beni e Servizi, Patrimonio, Attività Tecniche, Manutenzione ed Ingegneria clinica, Affari Generali, Legali e Logistica
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Informazioni ulteriori - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, dlgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Servizi: Acquisizione Beni e Servizi, Patrimonio, Attività Tecniche, Manutenzione ed Ingegneria clinica, Affari Generali, Legali e Logistica
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	Tempestivo	Servizi: Acquisizione Beni e Servizi, Patrimonio, Attività Tecniche, Manutenzione ed Ingegneria clinica, Affari Generali, Legali e Logistica

Bandi di gara e contratti

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Tempestivo	Servizi: Acquisizione Beni e Servizi, Patrimonio, Attività Tecniche, Manutenzione ed Ingegneria clinica, Affari Generali, Legali e Logistica
		Art. 1, co. 505, l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs. 50/2016)	Contratti	Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti	Tempestivo	Servizi: Acquisizione Beni e Servizi, Patrimonio, Attività Tecniche, Manutenzione ed Ingegneria clinica, Affari Generali, Legali e Logistica
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Tempestivo	Servizi: Acquisizione Beni e Servizi, Patrimonio, Attività Tecniche, Manutenzione ed Ingegneria clinica, Affari Generali, Legali e Logistica

Attività e procedimenti

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo	Distretti, Presidi Ospedalieri, Ufficio di Piano, Servizio Affari Generali, Legali e Logistica e Servizio Informativo e Telecomunicazioni
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali)	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti, Presidi Ospedalieri, Ufficio di Piano, Servizio Affari Generali, Legali e Logistica e Servizio Informativo e Telecomunicazioni
				Per ciascun atto:		
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	(NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Distretti, Presidi Ospedalieri, Ufficio di Piano, Servizio Affari Generali, Legali e Logistica e Servizio Informativo e Telecomunicazioni
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	

Attività e procedimenti

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	

Bilanci

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, dpcm 26/4/11	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (entro 30 gg dall'approvazione)	Servizio Economico-Finanziario
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e dpcm 26/4/11		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo	Servizio Economico-Finanziario
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (30gg dall'approvazione)	Servizio Economico-Finanziario

Bilanci

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e dpcm 26/4/11		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo	Servizio Economico-Finanziario
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione		Combinato disposto art. 19 del Dlgs n. 91 del 31/5/2011, richiamato dall'art. 29, comma 2 del Dlgs n. 33 del 14/3/2013 e art. 1, comma 1, lettera a) del Dlgs 91/2011

Beni immobili e gestione patrimonio

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo	Servizio Patrimonio
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo	Servizio Patrimonio

Controlli e rilievi sull'amministrazione

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	Responsabile Trasparenza (RT)
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Servizio Relazioni Sindacali, Politiche del personale e Sistema valutativo
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Servizio Relazioni Sindacali, Politiche del personale e Sistema valutativo
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione , nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo	Servizio Relazioni Sindacali, Politiche del personale e Sistema valutativo
	Organi di revisione amministrativa e contabile		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo	Servizio Economico-Finanziario
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo	Servizio Affari Generali, Legali e Logistica

Servizi erogati

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo	Servizio Formazione, Comunicazione e Relazioni Esterne
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	Servizio Affari Generali, Legali e Logistica
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	Servizio Affari Generali, Legali e Logistica
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	Servizio Affari Generali, Legali e Logistica
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n.33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	Controllo di gestione
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo	Controllo di gestione
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	Servizio Formazione, Comunicazione e Relazioni Esterne

Pagamenti dell'Amministrazione

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
Pagamenti dell'Amministrazione	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Economico-Finanziario
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Economico-Finanziario
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Economico-Finanziario
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Economico-Finanziario
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Economico-Finanziario
IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo	Servizio Economico-Finanziario	
	Dati pagamenti sistema assicurativo o art.4 c.3 L.24/2017	Art. 4, c.3 L.24/2017	Dati pagamenti sistema assicurativo	Le strutture sanitarie pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione nel proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio	Annuale	Affari generali, legali

Opere pubbliche

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Non applicabile alle Aziende Sanitarie art. 1, l. n. 144/1999	
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Attività Tecniche, Manutenzioni ed Ingegneria Clinica
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate. (da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Attività Tecniche, Manutenzioni ed Ingegneria Clinica
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Attività Tecniche, Manutenzioni ed Ingegneria Clinica

Pagamenti dell'Amministrazione

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Non applicabile alle Aziende del Servizio Sanitario	
		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Non applicabile alle Aziende del Servizio Sanitario	

Informazioni ambientali

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo	Dipartimento Prevenzione
	Stato dell'ambiente		1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Tempestivo	Dipartimento Prevenzione	
	Fattori inquinanti		2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Tempestivo	Dipartimento Prevenzione	
	Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto		3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo	Dipartimento Prevenzione	
	Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto		4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo	Dipartimento Prevenzione	
	Relazioni sull'attuazione della legislazione		5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo	Dipartimento Prevenzione	
	Stato della salute e della sicurezza umana		6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo	Dipartimento Prevenzione	
	Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio		Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo	Dipartimento Prevenzione	

Strutture sanitarie private accreditate

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	Ufficio di Piano
				Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	Ufficio di Piano

Interventi straordinari e di emergenza

Denominazione e sottosezione e livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo	Presidi Ospedalieri, Distretti, Dipartimento Prevenzione, Dipartimento Assistenza Farmaceutica, Dipartimenti Ospedalieri, territoriali e transmurali, Uffici di Staff e Direzioni Tecnico-Amministrative
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo	Presidi Ospedalieri, Distretti, Dipartimento Prevenzione, Dipartimento Assistenza Farmaceutica, Dipartimenti Ospedalieri, territoriali e transmurali, Uffici di Staff e Direzioni Tecnico-Amministrative
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo	Presidi Ospedalieri, Distretti, Dipartimento Prevenzione, Dipartimento Assistenza Farmaceutica, Dipartimenti Ospedalieri, territoriali e transmurali, Uffici di Staff e Direzioni Tecnico-Amministrative
	erogazioni liberali a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da	Art. 42 d.lgs. n.33/2013 Art. 99 DL c.5 17 marzo 2020, n. 18	Dati sulle erogazioni liberali a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID-19.	Per le erogazioni liberali del c.5, ciascuna pubblica amministrazione beneficiaria attua apposita rendicontazione separata, per la quale è <i>anche</i> autorizzata l'apertura di un conto corrente dedicato presso il proprio tesoriere, assicurandone la completa tracciabilità. Al termine dello stato di emergenza nazionale da COVID-19, tale separata rendicontazione dovrà essere pubblicata da ciascuna pubblica amministrazione beneficiaria sul proprio sito internet o, in assenza, su altro idoneo sito internet, al fine di garantire la trasparenza della fonte e dell'impiego delle suddette liberalità	Una tantum al termine dello stato di emergenza nazionale da COVID-19 e successivamente trimestralmente	Servizio Affari Generali, Legali

Altri contenuti						
Denominazione e sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	Responsabile Prevenzione della Corruzione (RPC) e Responsabile Trasparenza (RT)
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	Responsabile Prevenzione della Corruzione (RPC) e Responsabile Trasparenza (RT)
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	Responsabile Prevenzione della Corruzione (RPC)
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	Responsabile Prevenzione della Corruzione (RPC)
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	Responsabile Prevenzione della Corruzione (RPC)
	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Responsabile Trasparenza (RT)

Altri contenuti

Denominazione e sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Responsabile Trasparenza (RT)
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	Responsabile Trasparenza (RT)
	Altri contenuti - modulistica	Art. 9 D.Lgs 33/2023	Modulistica a disposizione degli utenti	Modulistica a disposizione degli utenti	Tempestivo	Ciascun Servizio per le proprie materie
	Altri contenuti - Per i dipendenti	Art. 9 D.Lgs 33/2023	Sotto Sezione dedicata al Personale con Informazioni e link di accesso a portali aziendali	Informazioni e link di accesso a portali aziendali	Tempestivo	Ciascun Servizio per le proprie materie
	Dati ulteriori	Art. 4 3° comma Legge 08/03/2017, n. 24	Le strutture sanitarie pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione nel proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management) di cui all'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, come modificato dagli articoli 2 e 16 della presente legge.	Le strutture sanitarie pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione nel proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management) di cui all'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, come modificato dagli articoli 2 e 16 della presente legge.	Annuale	Servizio Affari Generali, Legali e Logistica

Altri contenuti

Denominazione e sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	L'art. 52, c. 1 del D.Lgs 82/2005 risulta essere abrogato dall'art. 42 del D.Lgs. 179/2016
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	L'art. 52, c. 1 del D.Lgs 82/2005 risulta essere abrogato dall'art. 42 del D.Lgs. 179/2016
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	Obbligo in capo all'Agenzia per l'Italia digitale
	Dati ulteriori – relazione consuntive eventi avversi	Art. 2 comma 5 LEGGE 8 marzo 2017, n. 24	Le strutture sanitarie pubbliche e private predispongono una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto	Le strutture sanitarie pubbliche e private predispongono una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto	Annuale, entro il 31 marzo di ogni anno	Servizio Gestione Rischio Clinico

Altri contenuti

Denominazione e sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile del servizio competente per adempimento obbligo
	Conservazione documenti informatici	DECRETO LEGISLATIVO 7 marzo 2005, n. 82 - Codice dell'amministrazione digitale	Nomina del Responsabile per la Conservazione	I documenti informatici, di cui è prescritta la conservazione per legge o regolamento, possono essere archiviati per le esigenze correnti anche con modalità cartacee e sono conservati in modo permanente con modalità digitali, nel rispetto delle Linee guida	Tempestivo	Servizio Informatico e Telecomunicazioni
	PNRR e PNC - Missione 6 Salute	PNRR e PNC - Missione 6 Salute	Rendere pubbliche, trasparenti ed evidenti l'utilizzo dei fondi PNRR	Obblighi di pubblicità per i soggetti attuatori.	Tempestivo	Ciascun Servizio per le proprie materie
	Dati ulteriori - Dati sulle autovetture di servizio	art. 7-bis, co. 3, d.lgs. 33/2013 Delibera ANAC 747 del 10/11/2021	Dati sulle autovetture di servizio e relativo utilizzo da parte dei soggetti legittimati (numero, elenco e specifiche)	La delibera ANAC 747/2021, stabilisce, fra l'altro, che i dati sulle autovetture di servizio e relativo utilizzo da parte dei soggetti legittimati (numero, elenco e specifiche) è opportuno siano pubblicati come "dati ulteriori" ai sensi dell'art. 7-bis, co. 3, d.lgs. 33/2013 nella sotto-sezione di "Amministrazione Trasparente" "Altri contenuti". Tale pubblicazione va fatta nel rispetto dei limiti di cui all'art. 5-bis del d.lgs. 33/2013 previa anonimizzazione dei dati personale ivi presenti.	Annuale	Servizio Affari Generali, Legali e Logistica
* I dati oggetto di pubblicazione obbligatoria solo modificati dal D.lgs 97/2016 rimangono pubblicati sul sito dell'Azienda USL Umbria n. 2 (es. dati dei dirigenti già pubblicati ai sensi dell'art. 15 del previgente testo del D.lgs 33/2013)						

ALLEGATO Misure di prevenzione

1. Analisi del contesto.

Il presente allegato integra la analoga sezione del PIAO approfondendo ed osservando i fenomeni con l'ottica della prevenzione della corruzione.

L'analisi è effettuata, come precisato nella determina ANAC 12/2015 e nelle linee guida ANAC del 02/02/2022, considerando dati aggiornati oggettivi e soggettivi (quando pervenuti o raccolti) avendo come obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'amministrazione o l'ente opera, con riferimento, ad esempio, a variabili culturali, criminologiche, sociali ed economiche del territorio possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno. A tal fine, sono da considerare sia i fattori legati al territorio di riferimento dell'amministrazione o ente, sia le relazioni e le possibili influenze esistenti con i portatori e i rappresentanti di interessi esterni.

I dati concernenti il modello organizzativo dell'Azienda sono reperibili nella sezione Amministrazione Trasparente – Organizzazione – Articolazione degli Uffici.

Comprendere le dinamiche territoriali di riferimento e le principali influenze e pressioni a cui una struttura è sottoposta, consente di indirizzare con maggiore efficacia e precisione la strategia di gestione del rischio.

1.1 Analisi del contesto esterno. Utilizzo dati delle Amministrazioni competenti.

1.1.1 Analisi del contesto internazionale

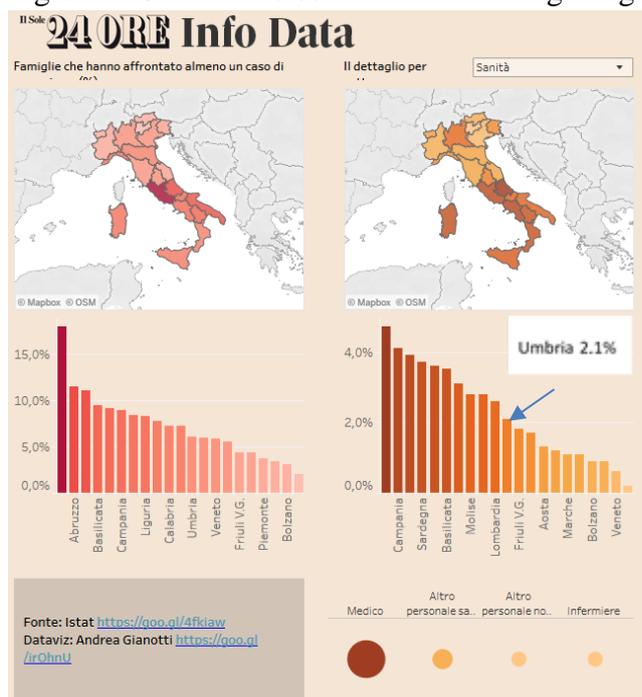
“Osservando lo stratificarsi delle non poche norme internazionali di *hard* e di *soft law* in materia di contrasto alla corruzione sembra possibile delineare un emergente modello di prevenzione della corruzione che dal punto di vista strutturale-istituzionale, organizzativo e funzionale si propone agli ordinamenti interni sia a livello universale che a livello regionale e continentale come non solo utile, ma soprattutto in taluni casi ineludibile fonte di ispirazione delle politiche nazionali in materia. Sempre di più, infatti, il contesto giuridico internazionale si propone come “luogo” non più e non tanto di confronto delle sovranità nazionali, ma di elaborazione di criteri guida per consentire alle singole politiche nazionali di convergere verso modelli se non condivisi almeno capaci di dialogare reciprocamente¹”.

1.1.2 Analisi del contesto nazionale.

L'Istat per la prima volta ha studiato (nel 2017) il fenomeno corruttivo in Italia all'interno dell'indagine sulla sicurezza dei cittadini. La novità dell'istituto di statistica è stata quella di affrontare il problema dal punto di vista delle famiglie, registrando quante avessero mai avuto a che fare con richieste, più o meno esplicite, di denaro, regali, favori o altro in cambio di qualche tipo di attività dovuta. Un milione e 700mila famiglie hanno avuto a che fare con episodi di corruzione almeno una volta nella loro vita.

¹ Nicoletta Parisi Componente del Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione

Le medie nazionali sono quindi un segnale preoccupante, ma ancor più attenzione destano i valori regionali. Se a Trento solamente due famiglie ogni 100 ha avuto a che fare con la corruzione, nel



Lazio, regione dove il numero di risposte positive è il più alto, sono state ben diciotto.

Il dettaglio per settore mostra un'Italia ancora più divisa. La corruzione può riguardare pochi soggetti, ma è molto diffusa se ben 250mila famiglie nell'ultimo anno l'hanno subita. Senza contare quei fenomeni non formalmente classificabili come tale: ad esempio l'Istat ha stimato che a quasi una famiglia su dieci è capitato di vedersi proporre una visita a pagamento nello studio privato del medico prima di accedere al servizio pubblico per essere curati.

Quindi non c'è solo la vendita di voti alle elezioni, anche se richieste di questo genere hanno riguardato ben il 3,7% della popolazione adulta: c'è anche una percezione diffusa del fenomeno in ambiente

Figura 1 Indagine ISTAT

privato, dove un occupato su 20 ha assistito a scambi e favori illeciti o quantomeno inopportuni. La corruzione quindi riguarda la nostra vita quotidiana e la possibilità di imbatterci nel fenomeno è alta. E il dato più sconcertante è che la quasi totalità delle persone non denuncia l'accaduto, ed una metà di coloro che ha accettato di pagare la mazzetta l'ha fatto di buon grado e lo rifarebbe, pur di ottenere il risultato.

Altri elementi di valutazione giungono dai lavori prodotti da ANAC. In particolare ci si riferisce qui alla pubblicazione "La corruzione in Italia (2016-2019) Numeri, luoghi e contropartite del malaffare" che, se pur datata, fornisce importanti elementi per le opportune valutazioni. Fermo restando la difficoltà strutturale di individuare con esattezza le dimensioni effettive della corruzione, afferma infatti ANAC, gli elementi tratti dalle indagini penali possono comunque fornire importanti indicazioni riguardo la fenomenologia riscontrata in concreto e i fattori che ne agevolano la diffusione, favorendo l'elaborazione di indici sintomatici di possibili comportamenti corruttivi. Fra agosto 2016 e agosto 2019 sono state 117 le ordinanze di custodia cautelare per corruzione spiccate dall'Autorità giudiziaria in Italia e correlate in qualche modo al settore degli appalti: esemplificando è quindi possibile affermare che sono stati eseguiti arresti ogni 10 giorni circa. Si tratta in ogni caso di una approssimazione per difetto rispetto al totale, poiché ordinanze che iudici non rientravano nel perimetro di competenza dell'Anac non sono state acquisite. In linea con questa cadenza temporale sono anche i casi di corruzione emersi analizzando i provvedimenti della magistratura: 152, ovvero uno a settimana (solo a considerare quelli scoperti).

L'Umbria in questa analisi mostra un numero estremamente limitato di casi rispetto alle altre realtà regionali (1 caso pari allo 0,7% del totale).

Conclude ANAC la sua analisi "La sfida rappresentata dalla corruzione è tuttavia di entità tale da richiedere un armamentario variegato, non limitato alla sola repressione. Il numero esiguo di casi

scoperti rispetto al totale, come riconosciuto dalla dottrina, conferma del resto la necessità di agire in una logica di sistema che prescinda dall'aspetto strettamente patologico”.

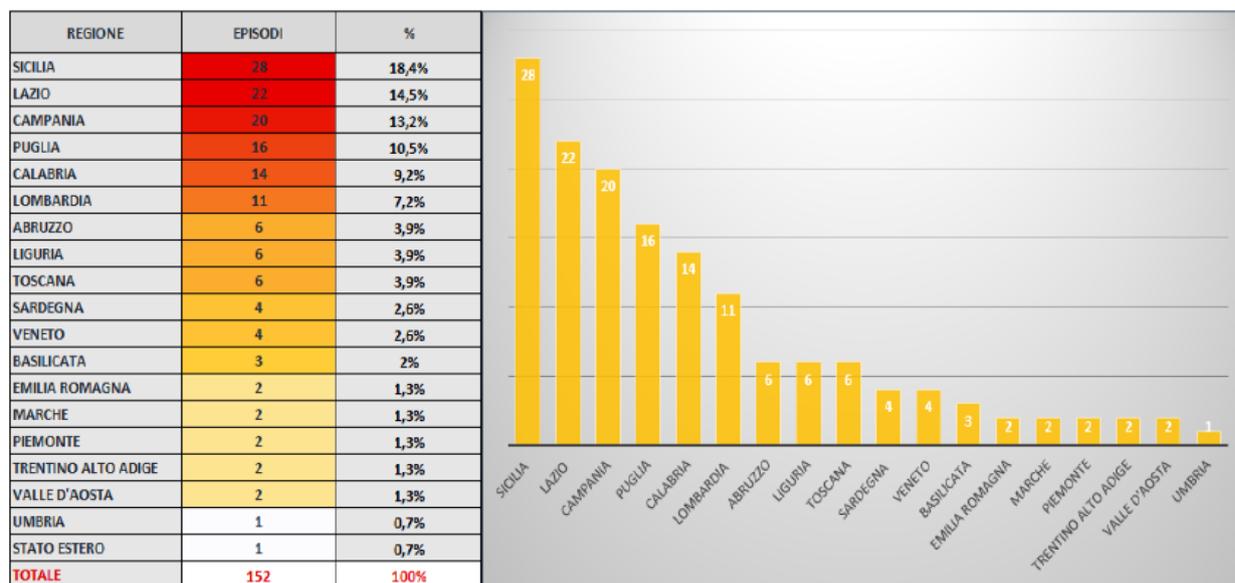


Figura 2 Episodi di corruzione 2016-2019 (fonte ANAC)

Un altro elemento di valutazione La trentatreesima edizione della tradizionale classifica annuale con la quale Il Sole 24 ORE premia le province italiane che hanno ottenuto le migliori performance in una serie di indicatori scelti come paradigmatici per valutare il benessere personale e familiare. Si tratta di dati raccolti da fonti istituzionali (come il ministero dell'Interno o della Giustizia, Istat, Inps, Agcom, Sia e Banca d'Italia) oppure forniti alla redazione da realtà certificate.

Associazione di tipo mafioso			
Pos.	Prov.	N° denunce	Ogni 100.000 abitanti
74	Perugia	0	0,0
96	Terni	0	0,0

Associazione per delinquere			
Pos.	Prov.	N° denunce	Ogni 100.000 abitanti
12	Perugia	5	0,8
106	Terni	0	0,0

Usura			
Pos.	Prov.	N° denunce	Ogni 100.000 abitanti
23	Terni	1	0,5
92	Perugia	0	0,0

Riciclaggio e impiego di denaro			
Pos.	Prov.	N° denunce	Ogni 100.000 abitanti
93	Perugia	5	0,8
96	Terni	0	0,0

Figura 3 Risultati indagine "Il Sole 24ore" – anno 2022

1.1.3 Analisi del contesto regionale- Supporto delle Prefetture.

Con nota prot. 0281815 del 20/12/2024 il Direttore Generale ed il RPC hanno richiesto il supporto delle Prefetture di Terni e Perugia ai sensi dell'art. 1 comma 6 della L. 190/2012 nell'analisi del contesto esterno.

La Prefettura di Terni (Prot. 0067525 del 30/12/2024) con nota protocollata in ingresso al numero 0286531 del 30/12/2024, ha fornito le seguenti informazioni:

- Viene evidenziato che nella provincia di Terni non sono stati rilevati fenomeni di criminalità organizzata di tipo mafioso, ma si sottolinea la necessità di mantenere alta l'attenzione per prevenire possibili infiltrazioni.
- Si menziona la presenza di detenuti di alto profilo criminale nella Casa Circondariale di Terni, che finora non ha influenzato negativamente il territorio. Le Forze di Polizia svolgono un'azione costante di prevenzione e controllo per impedire il radicamento di fenomeni criminali.
- Inoltre, si rileva che il numero di denunce per reati contro la Pubblica Amministrazione non è elevato, ma si riconosce l'importanza di monitorare attentamente il settore per prevenire la corruzione.

Nel complesso, viene descritto quindi un quadro di contesto esterno non particolarmente allarmante. Ma il Capo di Gabinetto termina l'analisi affermando che *“tuttavia, nella consapevolezza che la corruzione nella Pubblica Amministrazione costituisce a livello nazionale una forma di illegalità conclamata, è necessario rivolgere particolare attenzione al settore e cogliere quegli elementi che potrebbero celarsi in un tessuto socialmente non ancora colpito significativamente dal fenomeno in argomento”*.

La Prefettura di Perugia (nota prot. N.0046882 del 04/05/2022) con nota protocollata in ingresso al numero 0101401 del 04/05/2022, ha fornito informazioni ponendo l'attenzione sui:

“reati classificati nel novero della criminalità diffusa” e, “per quanto concerne i reati contro la Pubblica Amministrazione-la cui incidenza numerica rispetto al totale dei delitti commessi appare allo stato abbastanza limitata- nel 2021 si è registrato un loro incremento rispetto all'anno precedente”.

“nello specifico sono stati rilevati numerosi casi di utilizzo e percezioni contributi e di agevolazione concessi ragione dell'emergenza epidemiologiche da covid-19”

“Si segnala infine che una particolare attenzione viene riservata all'azione di prevenzione e contrasto del pericolo di tentativi di infiltrazione della criminalità organizzata di stampo mafioso nell'economia legale soprattutto in settori (edilizia ristorazione ricettivo-alberghiero) che risultano maggiormente funzionali a riciclaggio e/o a impiego di capitali di illecita provenienza”

Mirate attività di indagine hanno altresì riguardato la materia dei concorsi pubblici, facendo emergere taluni casi di coinvolgimento, a vario titolo sia appartenenti alle commissioni giudicatrici, sia esterne ad esse”.

In sintesi, in relazione al bacino su cui insiste l'Azienda USL Umbria n.2, la situazione appare più complessa rispetto agli anni pregressi e, quindi, come evidenziano le Prefetture, occorre tenere alta la soglia di attenzione rafforzando le misure di prevenzione e controllo. Ed è proprio questa stessa attenzione che viene ripresa e permea il P.T.P.C.T. già dai precedenti aggiornamenti, e ne costituisce il filo conduttore che attraversa integralmente tutti i processi, azioni ed attività.

1.1.4 Indice di percezione della corruzione - Transparency International.

L'Indice di Percezione della Corruzione, elaborato annualmente da Transparency International, classifica i Paesi in base al livello di corruzione percepita nel settore pubblico, attraverso l'impiego di 13 strumenti di analisi e di sondaggi rivolti ad esperti provenienti dal

mondo del *business*. Il punteggio finale è determinato in base ad una scala che va da 0 (alto livello di corruzione percepita) a 100 (basso livello di corruzione percepita).

Il Report CPI 2022 mette in evidenza la forte correlazione tra corruzione, conflitti e sicurezza. La corruzione erode le risorse per il benessere comune, genera tensioni sociali, riduce la fiducia nei governi, crea terreno fertile per attività criminali, in definitiva minaccia la stabilità politica, sociale ed economica di un Paese.

Nell'analisi del contesto esterno è utile anche verificare l'indice di Percezione della Corruzione (CPI) di Transparency International che misura la percezione della corruzione nel settore pubblico e nella politica in numerosi Paesi di tutto il mondo. Transparency si basa sull'opinione di esperti che assegnano una valutazione che va da 0, per i Paesi ritenuti molto corrotti, a 100, per quelli "puliti". La metodologia cambia ogni anno per riuscire a dare uno spaccato sempre più attendibile delle realtà locali. L'Indice si basa su 13 sondaggi e valutazioni di esperti sulla corruzione nel settore pubblico, ognuno dei quali assegna un punteggio da 0 (altamente corrotto) a 100 (per niente corrotto). Oltre due terzi dei Paesi analizzati ha un punteggio inferiore a 50. Dal 2012 solo 20 Paesi hanno visto migliorare in maniera significativa il loro punteggio è tra questi vi è l'Italia con uno degli incrementi maggiori (+14 punti). Sono invece 16 i Paesi che hanno subito un forte peggioramento.

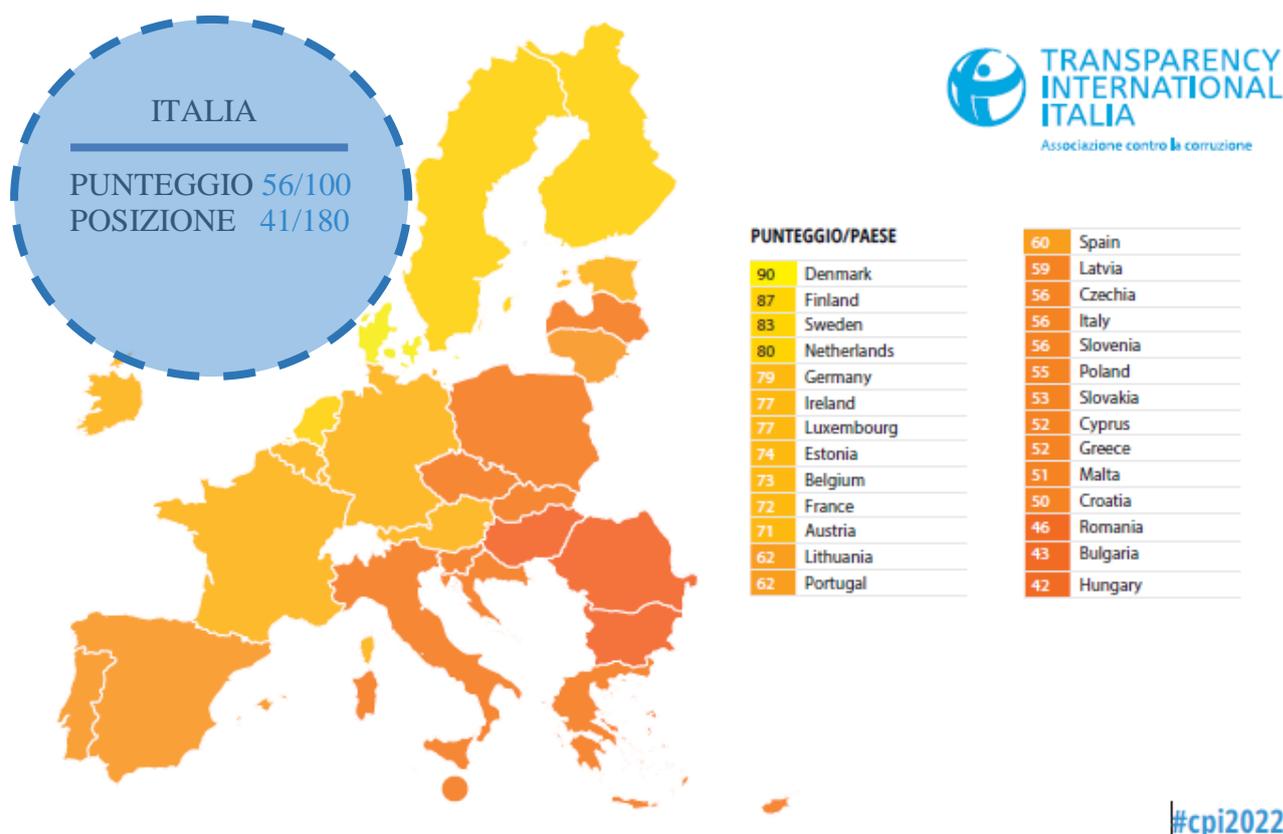


Figura 4 L'indice di Percezione della Corruzione (CPI) di Transparency International ambito Unione Europea

Dal 2012 ad oggi le cose sono quindi notevolmente cambiate. Era l'anno dell'approvazione della legge anticorruzione e solo due anni dopo veniva istituita l'Autorità Nazionale Anticorruzione. L'Italia in questi anni ha scalato 31 posizioni, non poche soprattutto se si pensa che il trend è in assoluta controtendenza con l'andamento registrato dalla maggior parte degli altri Paesi. Quest'anno infatti, l'Indice di Percezione della Corruzione vede l'Italia al 41° posto nel mondo su 180 Paesi, con un punteggio di 56 su 100. Conferma quindi il trend in lenta

crescita del nostro Paese nella classifica globale e lo stesso vale per la classifica europea, dove ci allontaniamo dagli ultimi posti.

Maggiori informazioni e materiali disponibili al link: www.transparency.it/indice-percezione-corruzione

56

Punteggio dell'Italia nel CPI2023

42

Posto nel mondo su 180 paesi nel CPI2023



Figura 5 L'indice di Percezione della Corruzione (CPI) di Transparency International

1.1.5 Contesto esterno e Stakeholder.

Funzione ribadita dal presente Piano è anche quella di “aprire” con maggior forza agli stakeholder (tutti i soggetti interessati) lo spazio di interazione con l’Azienda, offrendo la possibilità di rappresentare osservazioni e/o suggerimenti che possano promuovere e migliorare le iniziative dell'azienda in materia di Anticorruzione e Trasparenza.

Anche per il PIAO del triennio 2025-2027, si è proceduto alla diffusione, attraverso la pubblicazione in consultazione sul sito web aziendale, dell’avviso rivolto a stakeholder e dipendenti per consentire a TUTTI di poter contribuire al miglioramento del Piano inviando le proprie osservazioni e suggerimenti. Ciò consente a tutti di avere esatta contezza del contenuto del piano e quindi offre la possibilità di fornire osservazioni concrete e puntuali sulla bozza dell’approvando PTPCT. Tale approccio appare particolarmente significativo in quanto consente sempre di più lo scambio continuo di informazioni, dati e condivisione degli iter procedurali fra l’organo di indirizzo politico, i Servizi Aziendali, i RPC e RT, gli stakeholder ed i cittadini in generale.

Nessuna segnalazione è pervenuta.

1.1.6 Indicatori di contesto forniti da ANAC.

Si fa riferimento alla pubblicazione di ANAC del giugno 2024 secondo la quale esistono alcuni indicatori oggettivi (dati giudiziari, extra-costi sulle infrastrutture, dati sugli appalti, etc.) che sono utilizzati per analisi settoriali e specifiche che però, pur offrendo delle fotografie utili per finalità specifiche, non riescono a rappresentare un’immagine di insieme del fenomeno e al tempo stesso territoriale, ovvero legata a specifici contesti.

Gli indicatori riferiti al contesto si propongono, da un lato, di “allargare” il campo visivo su un territorio e sugli aspetti socio-economici che lo rappresentano per arricchire l’immagine di insieme, dall’altro di focalizzare l’attenzione su manifestazioni e caratteristiche specifiche dei territori.

L’informazione offerta è utilizzata per la realizzazione di analisi di contesto da parte della Azienda USL Umbria 2.

I dati e gli indicatori vengono resi disponibili attraverso *dashboard* che consentono analisi di contesto, fruibilità e riuso.

I principali indicatori di contesto sono suddivisi in quattro domini tematici:

1. Istruzione

- Indicatore Diplomatici
- Indicatore Laureati
- Indicatore Neet

2. Economia

- Indicatore Reddito
- Indicatore Occupati
- Indicatore Tasso imprenditorialità
- Indice di attrazione
- Indicatore Diffusione della banda larga
- Indicatore Raccolta Differenziata

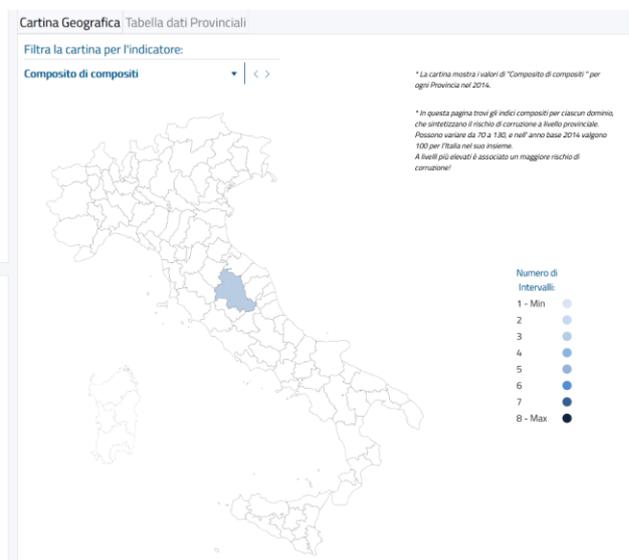
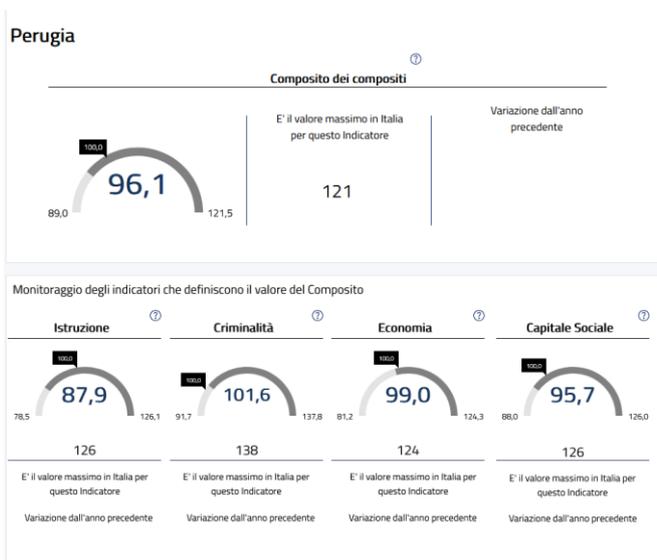
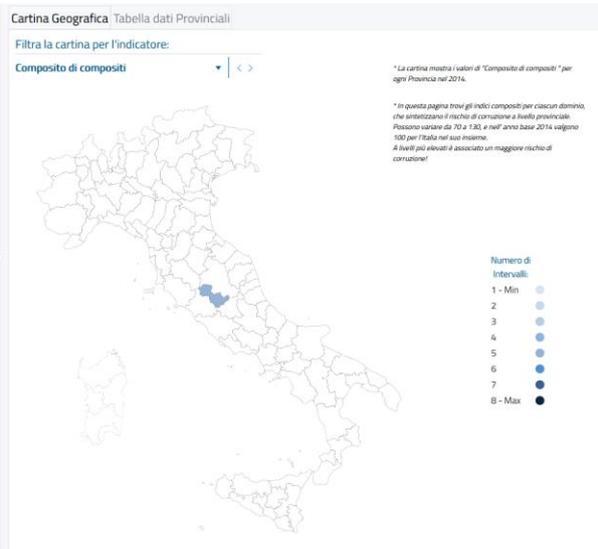
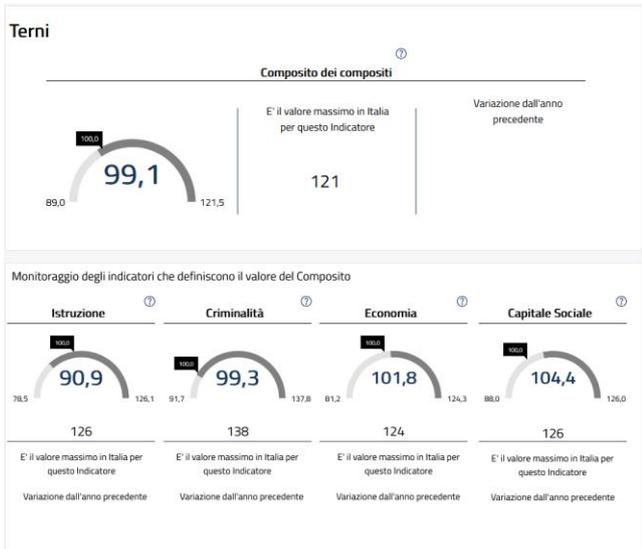
3. Capitale Sociale

- Indicatore Segregazione grado V
- Indicatore Cheating grado II Test INVALSI Matematica
- Indicatore Variabilità dei risultati tra classi grado V Test INVALSI Matematica
- Indicatore Donazione sangue
- Indicatore partecipazione donne alla vita politica

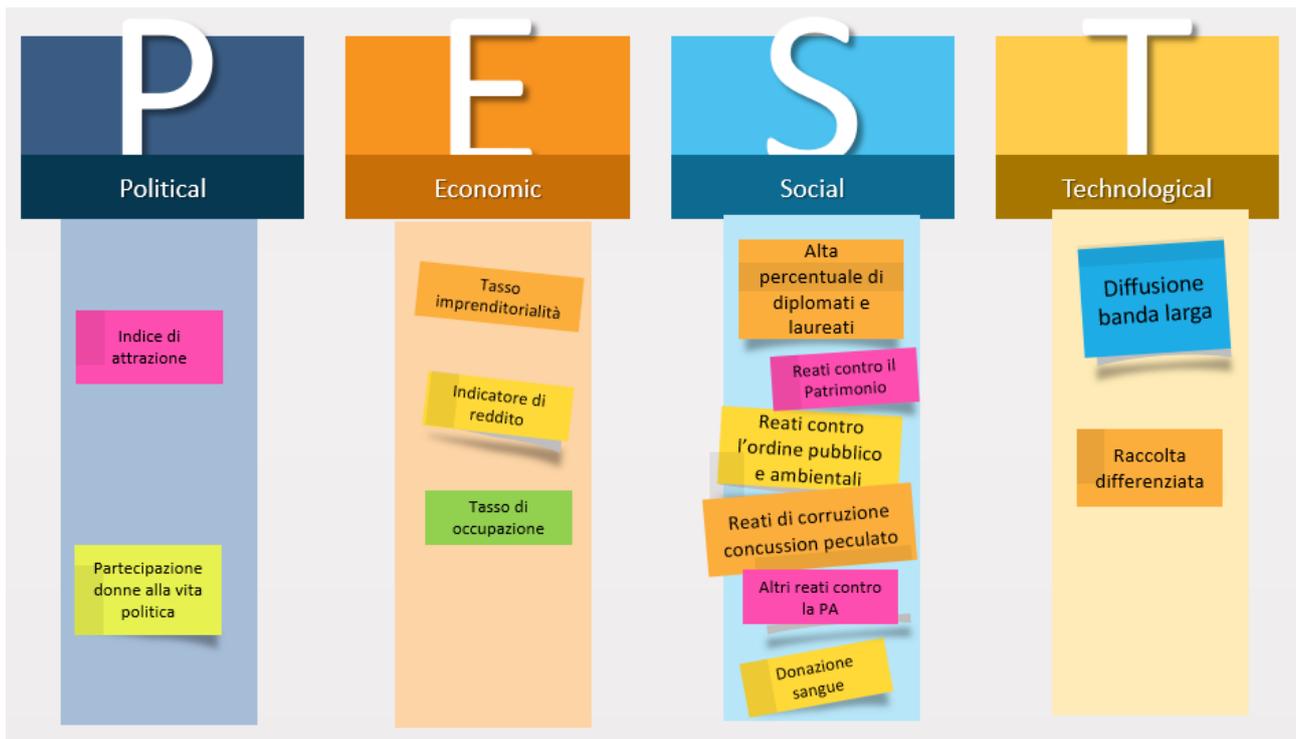
4. Criminalità

- Indicatore Reati di corruzione, concussione e peculato
- Indicatore Reati contro l’ordine pubblico e ambientali
- Indicatore Reati contro il patrimonio e l’economia pubblica
- Indicatore Altri reati contro la PA

Questi indicatori sono utilizzati per analizzare il contesto territoriale e comprendere la distribuzione del rischio di corruzione in relazione a specificità ambientali, economiche, sociali e culturali. Di seguito le tabelle riepilogative estratte dalla dashboard di ANAC che mostrano, complessivamente, nelle 2 province di Terni e Perugia l’incidenza di un rischio medio/basso.



Di seguito una tabella PEST riassuntiva dell'analisi del contesto esterno:



1.2 Analisi del contesto interno.

1.2.1 Premesse

Per l'analisi del contesto interno si ha riguardo agli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione operativa che influenzano l'esposizione della Azienda USL Umbria n.2 al rischio corruzione. In particolare essa è utile a evidenziare, da un lato, il sistema delle responsabilità e, dall'altro, il livello di complessità dell'amministrazione.

Nell'analisi del contesto interno si sono adottate le seguenti metodologie:

- sono stati utilizzati i dati più aggiornati fra quelli disponibili
- ci si è avvalsi di dati esposti da altri soggetti pubblici anche se destinati allo svolgimento di altri fini
- il RPC ed il RT hanno collaborato con gli altri responsabili delle sezioni nella predisposizione dell'analisi del contesto interno, in particolare con chi si occupa di performance, organizzazione e capitale umano
- I dati relativi all'organizzazione dell'amministrazione sono riportati nella relativa sezione del PIAO ove vengono descritte in modo chiaro e conciso i dati strutturali e organizzativi dell'amministrazione (numero di dipendenti, struttura, posizioni dirigenziali, posizioni organizzative, risorse finanziarie a disposizione dell'ente, articolazioni territoriali, ecc.).

1.2.2 Analisi del contesto interno ai fini della prevenzione della corruzione e valutazione d'impatto

Nel considerare gli aspetti legati al primo gruppo, assumono un ruolo i seguenti:

1. Dimensioni territoriali estremamente dilatate.
2. Estrema eterogeneità delle funzioni e compiti istituzionali da compiere.

3. Alta complessità organizzativa.
4. Tasso di anzianità della popolazione particolarmente elevato
5. Elevato numero di dipendenti. L'elevato numero in valore assoluto dei dipendenti costituisce ovviamente un elemento molto critico a causa della complessità gestionale. Ma l'estrema frammentazione sul territorio delle strutture e dei servizi, porta ad una ulteriore criticità in quanto, seppur apparendo alto il numero dei dipendenti, in realtà i singoli reparti/servizi si trovano ad erogare prestazioni in "emergenza" numerica.
6. Mission aziendale estremamente complessa
 - a. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro
 - b. Assistenza Distrettuale, vale a dire le attività ed i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi capillarmente sul territorio. I Distretti sono articolati in Centri di Salute, suddivisi in Punti di Erogazione Servizi (PES) per facilitare i cittadini nella fruizione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie nel territorio.
 - c. Assistenza Ospedaliera, in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in day hospital e day surgery.
 - d. L'USL Umbria n. 2 eroga le prestazioni sanitarie previste nei LEA a favore della popolazione detenuta ristretta nella Casa di Reclusione di Spoleto, nella Casa di Reclusione di Orvieto e nella Casa Circondariale di Terni dal 14 giugno 2008, data di entrata in vigore di un dispositivo normativo che ha trasferito le competenze in materia di sanità penitenziaria dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale.

Nel considerare gli aspetti emergenti nell'analisi del contesto interno che possono consentire il contrasto dell'emergenza di fenomeni corruttivi, assumono una funzione importante i seguenti:

1. chiara definizione di ruoli e responsabilità;
2. segregazione delle funzioni;
3. presenza di strumenti di programmazione che iniziano a muoversi con coerenza verso l'obiettivo di contrasto alla corruzione valorizzando anche la cultura dell'etica (Piano delle performance, bilancio, carta dei servizi, piano formativo aziendale...);
4. alta informatizzazione delle procedure aziendali (delibere/determine, assegnazione atti attraverso il protocollo, contabilità aziendale...);
5. alta presenza di atti regolamentari aziendali che disciplinano le varie procedure interne aziendali e che tendono ad eliminare margini di discrezionalità troppo ampi e a standardizzare metodologie organizzative;
6. attivazione percorsi formativi;
7. adozione di procedure nel rispetto della certificazione di qualità ISO 9001:2008;
8. l'attività svolta in Azienda viene analizzata, in particolare attraverso la mappatura dei processi, al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultano potenzialmente esposte a rischi corruttivi. Il risultato di tale mappatura è contenuto nel presente piano.

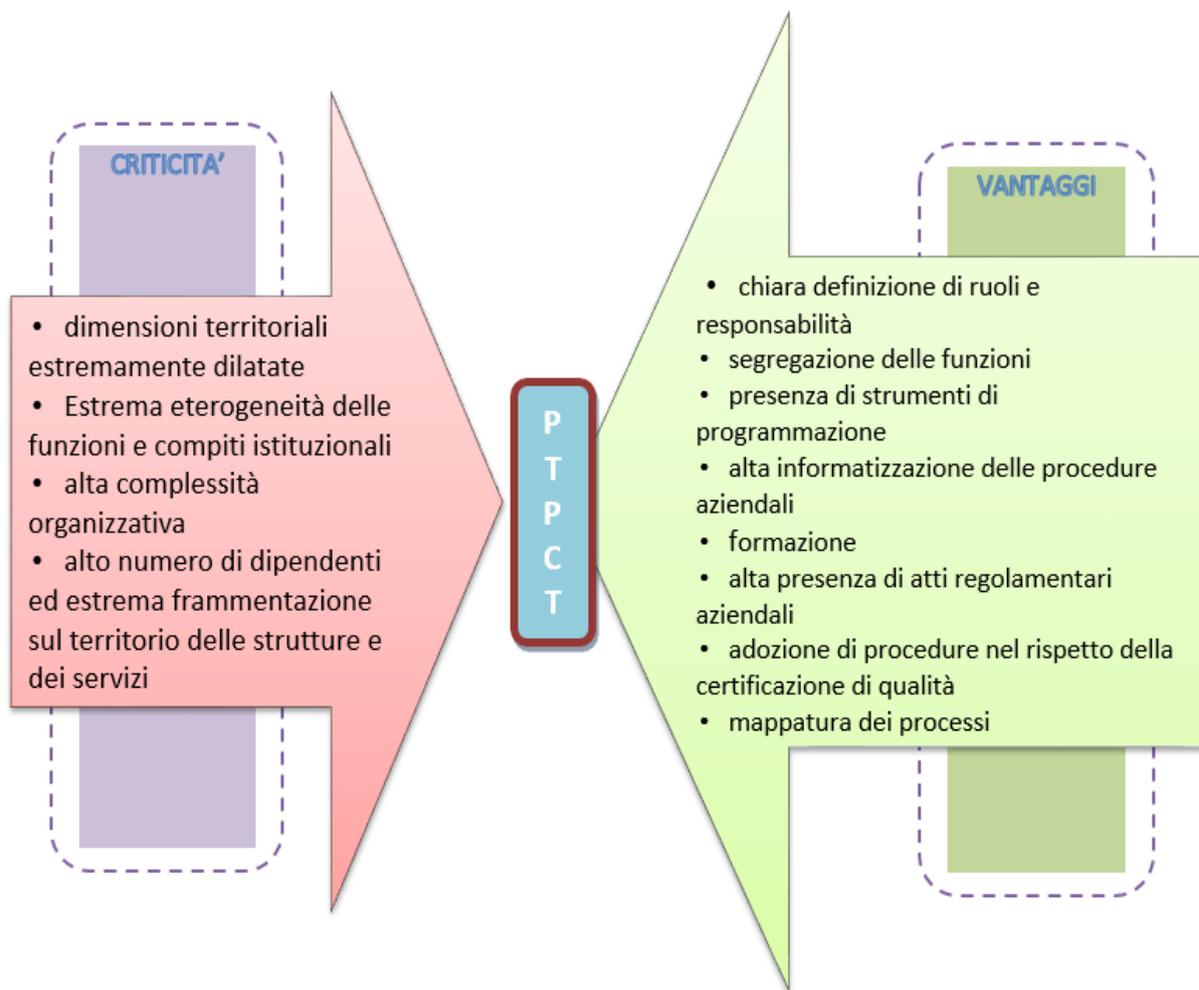


Figura 6 Risultati dell'analisi del contesto interno

1.2.3 Sintesi analisi del contesto interno - Analisi P.E.S.T.E.L.

Questo processo di identificazione coinvolge una varietà di Servizi diversi all'interno dell'Azienda, per costruire un quadro completo di tali fattori esterni, studiarli ed analizzarli.

In tutti questi casi, è opportuno valutare il potenziale impatto di fattori esterni sulla propria organizzazione, sia dal punto di vista operativo che organizzativo.

L'obiettivo dell'utilizzo dell'analisi PEST è assicurarsi di aver identificato le importanti implicazioni per la propria organizzazione e che nulla di fondamentale sia stato trascurato.



Figura 7 Risultati dell'analisi del contesto interno

1.2.4 Sintesi analisi del contesto interno - Analisi S.W.O.T.

L'analisi S.W.O.T., è utile a fornire una visione integrata della situazione in cui l'amministrazione va ad operare e a stimare preliminarmente le potenziali interazioni e sinergie con i soggetti coinvolti nella attuazione delle strategie che si intendono realizzare, verificando i vincoli e le opportunità offerte dall'ambiente di riferimento.

Essa sintetizza la rilevazione delle informazioni di contesto esterno in termini di minacce e opportunità e la rilevazione di dati e di informazioni attinenti il contesto interno in termini di punti di forza e debolezza secondo le principali quattro dimensioni: organizzazione, risorse strumentali ed economiche, risorse umane e salute finanziaria.

Nella seguente tabella è riportato lo sviluppo dell'analisi S.W.O.T., elaborata sulla base delle informazioni acquisite in sede di analisi organizzativa e condivise con il RPCT.

	POSITIVI	NEGATIVI
FATTORI INTERNI	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Chiara definizione di ruoli e responsabilità ◆ Segregazione delle funzioni ◆ Presenza di strumenti di programmazione coerenti con contrasto alla corruzione ◆ Alta informatizzazione delle procedure aziendali ◆ Alta presenza di atti regolamentari aziendali ◆ Attivazione percorsi formativi in materia ◆ Adozione di procedure nel rispetto della certificazione di qualità ISO 9001:2008; ◆ Mappatura di tutti i processi 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Dimensioni territoriali estremamente dilatate ◆ Estrema eterogeneità delle funzioni e compiti istituzionali da compiere. ◆ Alta complessità organizzativa ◆ Alto numero di dipendenti ◆ Complessità degli strumenti e delle attività da utilizzare per la realizzazione della mission aziendale ◆ Carezza di personale sia tecnico sanitario che amministrativo che si riflette sulla erogazione dei servizi e sulla tempestività/qualità dei procedimenti
FATTORI ESTERNI	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Disponibilità nuove tecnologie ◆ Percezione della reputazione dell'Azienda ◆ Investimenti in sanità ◆ Modifiche normative 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Popolazione con alto tasso d'anzianità ◆ Fenomeno pandemico ancora ben marcato ◆ Pressioni dal contesto territoriale ◆ Gestione rapporti inter-istituzionali ◆ Scarso percezione della prevenzione della corruzione ◆ Percezione della reputazione dell'Azienda ◆ Crisi economica del Paese ◆ Emergenze sanitarie: patologie croniche e malattie infettive ◆ Continua evoluzione normativa generale e specifica dell'Ente ◆ Scarsa partecipazione degli stakeholder nel processo di formazione del Piano ◆ Possibilità di infiltrazioni criminali in relazione alle procedure di attuazione degli obiettivi del PNRR e del Piano Sanitario Regionale, che convogliano ingenti risorse nel bilancio aziendale

Figura 8 Risultati dell'analisi

Sommario

ALLEGATO Misure di prevenzione.....	1
1. Analisi del contesto.	1
1.1 Analisi del contesto esterno. Utilizzo dati delle Amministrazione competenti.	1
1.1.1 Analisi del contesto internazionale	1
1.1.2 Analisi del contesto nazionale.	1
1.1.3 Analisi del contesto regionale- Supporto delle Prefetture.	3
1.1.4 Indice di percezione della corruzione - Trasparency International.	4
1.1.5 Contesto esterno e Stakeholder.	6
1.1.6 Indicatori di contesto forniti da ANAC.	6
1.2 Analisi del contesto interno.	9
1.2.1 Premesse	9
1.2.2 Analisi del contesto interno ai fini della prevenzione della corruzione e valutazione d'impatto	9
1.2.3 Sintesi analisi del contesto interno - Analisi P.E.S.T.E.L.	11
1.2.4 Sintesi analisi del contesto interno - Analisi S.W.O.T.	12

Allegato ____ “MODULISTICA”

1. Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro. Scheda informativa

INFORMATIVA ex ART. 53, comma 16 ter, D.Lgs. 165/2001

L'Azienda USL Umbria n. 2 con la presente nota informa la S.V. in ordine al disposto di cui all'articolo 53, comma 16 ter del D.Lgs. 165/2001, consistente nel divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego in essere, nei confronti di soggetti privati, destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con il proprio apporto decisionale negli ultimi tre anni di servizio.

Io sottoscritto _____ dipendente dell'Azienda USL Umbria n. 2 con la qualifica di _____, non più in servizio a far data da _____, dichiaro di aver ricevuto copia della informativa di cui sopra in data odierna.

L'Azienda si riserva, comunque, di agire in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione del divieto in argomento.

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver ricevuto e conoscere le informazioni ex art. 13 del Regolamento EU 679/2016 come disponibili sul sito web aziendale all'indirizzo: www.uslumbria2.it/pagine/privacy/-000.

Luogo e data _____ Firma _____

Si riporta integralmente il testo dell'art. 53 comma 16 ter D.Lgs. 165/2001.

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

2. Dichiarazione assenza di cause di inconferibilità (Direttori Amministrativo e Sanitario)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

ai fini della nomina in qualità di Direttore Sanitario/Direttore Amministrativo dell'Azienda USL Umbria n.2, e presa visione del D.Lgs. 39/2013

DICHIARA

- ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa);
- consapevole dei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni che l'amministrazione procedente è tenuta ad effettuare, ai sensi dell'art. 71 dello stesso DPR 445/2000, e delle sanzioni previste dagli artt. 75 e 76 dello stesso DPR 445/2000;
- consapevole che, ai sensi dell'articolo 20, comma 5, del D. Lgs. 39/2013 (*Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190*) la dichiarazione mendace comporta la inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui allo stesso decreto legislativo per un periodo di 5 anni

Con riferimento alle cause di INCONFERIBILITA'

1. ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. 39/2013¹:
 - di non essere stato condannato², anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale
ovvero
 - di essere stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, ma di non incorrere in alcuna delle cause di inconferibilità previste dallo stesso articolo 3 del D. Lgs. 39/2013
ovvero
 - di essere stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, per il quale è stata pronunciata sentenza anche non definitiva di proscioglimento, e di non incorrere, pertanto, in alcuna delle cause di inconferibilità di cui all'art. 3 del D. Lgs. 39/2013
2. ai sensi dell'art. 5 del D.Lgs. 39/2013:

¹ L'articolo 3 del D. Lgs. 39/2013 prevede quanto segue:

1.A coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale non possono essere attribuiti (...) gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali del servizio sanitario nazionale.

2.Ove la condanna riguardi uno dei reati di cui all'articolo 3, comma 1, della legge 27 marzo 2001, n. 97, l'inconferibilità di cui al comma 1 ha carattere permanente nei casi in cui sia stata inflitta la pena accessoria dell'interdizione perpetua dai pubblici uffici ovvero sia intervenuta la cessazione del rapporto di lavoro a seguito di procedimento disciplinare o la cessazione del rapporto di lavoro autonomo. Ove sia stata inflitta una interdizione temporanea, l'inconferibilità ha la stessa durata dell'interdizione. Negli altri casi l'inconferibilità degli incarichi ha la durata di 5 anni.

3.Ove la condanna riguardi uno degli altri reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, l'inconferibilità di cui al comma 1 ha carattere permanente nei casi in cui sia stata inflitta la pena accessoria dell'interdizione perpetua dai pubblici uffici ovvero sia intervenuta la cessazione del rapporto di lavoro a seguito di procedimento disciplinare o la cessazione del rapporto di lavoro autonomo. Ove sia stata inflitta una interdizione temporanea, l'inconferibilità ha la stessa durata dell'interdizione. Negli altri casi l'inconferibilità ha una durata pari al doppio della pena inflitta, per un periodo comunque non superiore a 5 anni.

² Agli effetti della presente disposizione, la sentenza di applicazione della pena ai sensi dell'art. 444 c.p.p., è equiparata alla sentenza di condanna (D.Lgs. 39/2013, art. 3, comma 7)

di non aver svolto, nei due anni precedenti, incarichi e ricoperto cariche³ in enti di diritto privato regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale⁴

3. ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 39/2013:

di non essere stato candidato, nei cinque anni precedenti, in elezioni europee, nazionali, regionali e locali, in collegi elettorali che comprendono il territorio della ASL interessata dalla nomina

di non aver esercitato, nei due anni precedenti, la funzione di Presidente del Consiglio dei Ministri o di Ministro, Viceministro o sottosegretario nel Ministero della salute o in altra amministrazione dello Stato o di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolge funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario nazionale

di non aver esercitato, nell'anno precedente, la funzione di parlamentare

di non aver fatto parte, nei tre anni precedenti, della giunta o del consiglio della Regione Umbria ovvero di non aver ricoperto la carica di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico regionale⁵ che svolge funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario regionale

di non aver fatto parte, nei due anni precedenti, della giunta o del consiglio di una provincia, di un comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione, il cui territorio è compreso nel territorio della ASL interessata dalla nomina

4. ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. 502/1992:

di non trovarsi in alcuna delle situazioni previste dall'art. 3, comma 11, del D.Lgs. 502/1992⁶

5. ai sensi della L. 25 gennaio 1982, n. 17:

di non essere stato condannato con sentenza definitiva per violazione della L. 25 gennaio 1982, n. 17 (*Norme di attuazione dell'art. 18 della Costituzione in materia di associazioni segrete e scioglimento della associazione denominata Loggia P2*)

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver ricevuto e conoscere le informazioni ex art. 13 del Regolamento EU 679/2016 come disponibili sul sito web aziendale all'indirizzo: www.uslumbria2.it/pagine/privacy/-000.

Data _____

Firma _____

³ Ai fini della presente dichiarazione, per "incarichi e/o cariche" si intendono le cariche di presidente con deleghe gestionali dirette e di amministratore delegato, la posizione di dirigente e lo svolgimento stabile di attività di consulenza a favore dell'ente

⁴ Per "enti di diritto privati regolati o finanziati", si intendono le società e gli altri enti di diritto privato, anche privi di personalità giuridica, nei confronti dei quali la Regione Umbria:

- svolga funzioni di regolazione dell'attività principale che comportino, anche attraverso il rilascio di autorizzazioni o concessioni, l'esercizio continuativo di poteri di vigilanza, di controllo o di certificazione

- abbia una partecipazione minoritaria nel capitale

- finanzia le attività attraverso rapporti convenzionali, quali contratti pubblici, contratti di servizio pubblico e di concessione di beni pubblici

⁵ Per "enti di diritto privato in controllo pubblico regionale" si intendono le società e gli altri enti di diritto privato che esercitano funzioni amministrative, attività di produzione di beni e servizi a favore della Regione Umbria o di gestione dei servizi pubblici, sottoposti a controllo regionale ai sensi dell'art. 2359 c.c., oppure gli enti nei quali sia riconosciuta alla Regione Umbria, anche in assenza di una partecipazione azionaria, potere di nomina dei vertici o dei componenti degli organi

⁶ Ai sensi dell'articolo 3, comma 11, del D. Lgs. 502/1992 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421) non possono essere nominati direttori generali, direttori amministrativi o direttori sanitari delle aziende sanitarie:

a) coloro che hanno riportato condanna, anche non definitiva, a pena detentiva non inferiore ad un anno per delitto non colposo ovvero a pena detentiva non inferiore a sei mesi per delitto non colposo commesso nella qualità di pubblico ufficiale o con abuso dei poteri o violazione dei doveri inerenti ad una pubblica funzione, salvo quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 166 del codice penale;

b) coloro che sono sottoposti a procedimento penale per delitto per il quale è previsto l'arresto obbligatorio in flagranza;

c) coloro che sono stati sottoposti, anche con provvedimento non definitivo, ad una misura di prevenzione, salvi gli effetti della riabilitazione prevista dall'art. 15 della L. 3 agosto 1988, n. 327, e dall'art. 14, L. 19 marzo 1990, n. 55;

d) coloro che sono sottoposti a misura di sicurezza detentiva o a libertà vigilata.

3. Dichiarazione assenza di cause di incompatibilità (Direttori Amministrativo e Sanitario)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

ai fini della nomina in qualità di Direttore Sanitario/Direttore Amministrativo dell'Azienda USL Umbria n.2, e presa visione del D Lgs. 39/2013

DICHIARA

- ai sensi degli articoli 46 e 47 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa);

- consapevole dei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni che l'amministrazione procedente è tenuta ad effettuare, ai sensi dell'art. 71 dello stesso DPR 445/2000, e delle sanzioni previste dagli artt. 75 e 76 dello stesso DPR 445/2000;

- consapevole che, ai sensi dell'articolo 20, comma 5, del D. Lgs. 39/2013 (*Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190*) la dichiarazione mendace comporta la inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui allo stesso decreto legislativo per un periodo di 5 anni

Con riferimento alle cause di INCOMPATIBILITA' ⁷

1. Ai sensi dell'art. 10 del D. Lgs. 39/2013:

di non ricoprire incarichi o cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale ovvero

di ricoprire il seguente incarico e/o carica _____

_____ nel seguente ente di diritto privato regolato o finanziato dal servizio sanitario regionale _____

di non svolgere in proprio attività professionale regolata o finanziata dal servizio sanitario regionale; ovvero

di svolgere in proprio la seguente attività professionale regolata o finanziata dal servizio sanitario regionale

che i predetti incarichi, cariche e attività professionali non sono ricoperti o svolti dal coniuge e/o da parenti o affini entro il secondo grado

ovvero

che il coniuge/parente/affine entro il secondo grado (*indicare nome, cognome e grado di parentela*)

_____ ricopre il seguente incarico e/o carica _____

_____ nel seguente ente di diritto privato regolato o finanziato dal servizio sanitario regionale _____

ovvero _____

⁷ Ai sensi dell'articolo 20, comma 2, del D.Lgs. 39/2013, l'interessato dovrà presentare annualmente, dietro apposita richiesta della Regione Umbria, una dichiarazione sulla insussistenza delle cause di incompatibilità previste dallo stesso decreto legislativo.

che il coniuge/parente/affine entro il secondo grado (*indicare nome, cognome e grado di parentela*)

in proprio la seguente attività professionale regolata o finanziata dal servizio sanitario svolge regionale

2. ai sensi dell'art. 14 del D. Lgs. 39/2013:

di non ricoprire la carica di Presidente del Consiglio dei Ministri, Ministro, Vice Ministro, sottosegretario di Stato e commissario straordinario del Governo di cui all'articolo 11 della legge 23 agosto 1988, n. 400, di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolge funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario nazionale o di parlamentare

di non ricoprire la carica di componente della giunta o del consiglio della regione Umbria ovvero la carica di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolge funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario regionale

di non ricoprire la carica di componente della giunta o del consiglio di una provincia, di un comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione della regione Umbria

di non ricoprire la carica di presidente e amministratore delegato di enti di diritto privato in controllo pubblico da parte della regione Umbria, nonché di province, comuni con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di forme associative tra comuni aventi la medesima popolazione della regione Umbria

ovvero

di trovarsi nella seguente situazione di incompatibilità di cui all'art. 14 del D. Lgs. 39/2013

3. di non trovarsi in alcuna altra situazione di incompatibilità di cui al D.Lgs. 39/2013
ovvero

di trovarsi nella seguente situazione di incompatibilità di cui al D. Lgs. 39/2013

4. ai sensi dell'art. 3bis del D. Lgs. 502/1992:

di non essere titolare di altro rapporto di lavoro, dipendente o autonomo
ovvero

di essere titolare del seguente rapporto di lavoro, dipendente⁸ o autonomo

e di essere consapevole che la cessazione di tale rapporto è condizione per l'acquisizione della carica di direttore⁹

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver ricevuto e conoscere le informazioni ex art. 13 del Regolamento EU 679/2016 come disponibili sul sito web aziendale all'indirizzo: www.uslumbria2.it/pagine/privacy/-000 .

Data _____

Firma _____

Il/La sottoscritto/a _____

⁸ In caso di rapporto di lavoro dipendente indicare il collocamento in aspettativa senza assegni.

⁹ Ai sensi dell'articolo 3bis, commi 8 e 11, del D. Lgs. 39/2013, "il rapporto di lavoro del direttore generale, amministrativo e sanitario è esclusivo..."; "la nomina a direttore generale, amministrativo e sanitario determina per i lavoratori dipendenti il collocamento in aspettativa senza assegni e il diritto al mantenimento del posto".

DICHIARA INOLTRE

1. di essere a conoscenza del fatto che, qualora l'incompatibilità dichiarata al punto 1 della precedente dichiarazione (art. 10 del D. Lgs. 39/2013) derivi da incarichi e/o cariche ricoperti e/o svolte dal coniuge e/o da parente o affine entro il secondo grado, decadrà dalla nomina se il soggetto interessato non avrà provveduto, entro 15 giorni dalla nomina stessa, a dimettersi dall'incarico o dalla carica incompatibile;
2. di impegnarsi, se nominato, a scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 giorni dalla nomina, tra la permanenza nell'incarico oggetto della nomina e lo svolgimento di altri incarichi e/o cariche con esso incompatibili in base a quanto dichiarato precedentemente; la scelta, unitamente a copia della lettera di dimissioni, dovrà essere comunicata entro il termine sopra indicato;
3. di impegnarsi, se nominato, a comunicare tempestivamente il sopravvenire di cause di incompatibilità di cui ai punti precedenti della dichiarazione, (comprese quelle derivate da incarichi e/o cariche ricoperti e/o svolte dal coniuge e/o da parente o affine entro il secondo grado).

Data _____

Firma _____

4. Dichiarazione assenza di cause di inconferibilità (membri commissioni – assegnazione agli uffici)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

presa visione del D.Lgs. 39/2013

DICHIARA

- ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa);
- consapevole dei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni che l'amministrazione procedente è tenuta ad effettuare, ai sensi dell'art. 71 dello stesso DPR 445/2000, e delle sanzioni previste dagli artt. 75 e 76 dello stesso DPR 445/2000;
- consapevole che, ai sensi dell'articolo 20, comma 5, del D. Lgs. 39/2013 (*Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190*) la dichiarazione mendace comporta la inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui allo stesso decreto legislativo per un periodo di 5 anni

Con riferimento alle cause di INCONFERIBILITA'

1. ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. 39/2013¹⁰:

- di non essere stato condannato¹¹, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale

ovvero

- di essere stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, ma di non incorrere in alcuna delle cause di inconferibilità previste dallo stesso articolo 3 del D. Lgs. 39/2013

ovvero

- di essere stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, per il quale è stata pronunciata sentenza anche non definitiva di proscioglimento, e di non incorrere, pertanto, in alcuna delle cause di inconferibilità di cui all'art. 3 del D. Lgs. 39/2013

2. ai sensi della L. 25 gennaio 1982, n. 17:

¹⁰ L'articolo 3 del D. Lgs. 39/2013 prevede quanto segue:

1. A coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale non possono essere attribuiti (...) gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali del servizio sanitario nazionale.

2. Ove la condanna riguardi uno dei reati di cui all'articolo 3, comma 1, della legge 27 marzo 2001, n. 97, l'inconferibilità di cui al comma 1 ha carattere permanente nei casi in cui sia stata inflitta la pena accessoria dell'interdizione perpetua dai pubblici uffici ovvero sia intervenuta la cessazione del rapporto di lavoro a seguito di procedimento disciplinare o la cessazione del rapporto di lavoro autonomo. Ove sia stata inflitta una interdizione temporanea, l'inconferibilità ha la stessa durata dell'interdizione. Negli altri casi l'inconferibilità degli incarichi ha la durata di 5 anni.

3. Ove la condanna riguardi uno degli altri reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, l'inconferibilità di cui al comma 1 ha carattere permanente nei casi in cui sia stata inflitta la pena accessoria dell'interdizione perpetua dai pubblici uffici ovvero sia intervenuta la cessazione del rapporto di lavoro a seguito di procedimento disciplinare o la cessazione del rapporto di lavoro autonomo. Ove sia stata inflitta una interdizione temporanea, l'inconferibilità ha la stessa durata dell'interdizione. Negli altri casi l'inconferibilità ha una durata pari al doppio della pena inflitta, per un periodo comunque non superiore a 5 anni.

¹¹ Agli effetti della presente disposizione, la sentenza di applicazione della pena ai sensi dell'art. 444 c.p.p., è equiparata alla sentenza di condanna (D.Lgs. 39/2013, art. 3, comma 7).

di non essere stato condannato con sentenza definitiva per violazione della L. 25 gennaio 1982, n. 17 (*Norme di attuazione dell'art. 18 della Costituzione in materia di associazioni segrete e scioglimento della associazione denominata Loggia P2*)

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver ricevuto e conoscere le informazioni ex art. 13 del Regolamento EU 679/2016 come disponibili sul sito web aziendale all'indirizzo: www.uslumbria2.it/pagine/privacy/-000 .

Data _____

Firma _____

5. Dichiarazione assenza di cause di incompatibilità

(membri commissioni giudicatrici)

(da redigere al momento della nomina e da confermare al momento dell'accettazione dell'incarico)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

- ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa);

- consapevole dei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni che l'amministrazione procedente è tenuta ad effettuare, ai sensi dell'art. 71 dello stesso DPR 445/2000, e delle sanzioni previste dagli artt. 75 e 76 dello stesso DPR 445/2000;

- consapevole che, ai sensi dell'articolo 20, comma 5, del D. Lgs. 39/2013 (*Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190*) la dichiarazione mendace comporta la inconfiribilità di qualsivoglia incarico di cui allo stesso decreto legislativo per un periodo di 5 anni;

DICHIARA

ai sensi dell'art. 77 comma 9 del D. Lgs. 50/2016:

l'inesistenza delle cause di incompatibilità e di astensione di cui ai commi 4, 5 e 6 ¹²(art. 77 D.Lgs. 50/2016);

ovvero

l'esistenza delle cause di incompatibilità e di astensione di cui ai commi 4, 5 e 6 ⁶⁰(art. 77 D.Lgs. 50/2016)

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver ricevuto e conoscere le informazioni ex art. 13 del Regolamento EU 679/2016 come disponibili all'allegato 17 al presente PTPCT e sul sito web aziendale www.uslumbria2.it/pagine/privacy/-000.

Data _____

Firma _____

¹² D. Lgs. 50/2016 art. 77: Comma 4. I commissari non devono aver svolto né possono svolgere alcun'altra funzione o incarico tecnico o amministrativo relativamente al contratto del cui affidamento si tratta. La nomina del RUP a membro delle commissioni di gara è valutata con riferimento alla singola procedura.

Comma 5. Coloro che, nel biennio antecedente all'indizione della procedura di aggiudicazione, hanno ricoperto cariche di pubblico amministratore, non possono essere nominati commissari giudicatori relativamente ai contratti affidati dalle Amministrazioni presso le quali hanno esercitato le proprie funzioni d'istituto.

Comma 6. Si applicano ai commissari e ai segretari delle commissioni l'articolo 35-bis del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, l'articolo 51 del codice di procedura civile, nonché l'articolo 42 del presente codice. Sono altresì esclusi da successivi incarichi di commissario coloro che, in qualità di membri delle commissioni giudicatrici, abbiano concorso, con dolo o colpa grave accertati in sede giurisdizionale con sentenza non sospesa, all'approvazione di atti dichiarati illegittimi.

6. Dichiarazione assenza di cause di inconferibilità

(membri commissioni giudicatrici)

(da redigere al momento della nomina e da confermare al momento dell'accettazione dell'incarico)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

- ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa);

- consapevole dei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni che l'amministrazione procedente è tenuta ad effettuare, ai sensi dell'art. 71 dello stesso DPR 445/2000, e delle sanzioni previste dagli artt. 75 e 76 dello stesso DPR 445/2000;

- consapevole che, ai sensi dell'articolo 20, comma 5, del D. Lgs. 39/2013 (*Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190*) la dichiarazione mendace comporta la inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui allo stesso decreto legislativo per un periodo di 5 anni;

DICHIARA

➤ ai sensi dell'art. 35 bis¹³ D.Lgs. 165/2001:

l'inesistenza di cause di inconferibilità;

ovvero

l'esistenza delle seguenti cause di inconferibilità:

ai sensi dell'art. 51 c.p.c.¹⁴

¹³ Art. 35-bis. (Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici 1. Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale: a) non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi; b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi, lavori e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati; c) non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere. 2. La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari.

¹⁴ Art. 51 c.p.c. Il giudice ha l'obbligo di astenersi: 1) se ha interesse nella causa o in altra vertente su identica questione di diritto; 2) se egli stesso o la moglie è parente fino al quarto grado o legato da vincoli di affiliazione, o è convivente o commensale abituale di una delle parti o di alcuno dei difensori; 3) se egli stesso o la moglie ha causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito con una delle parti o alcuno dei suoi difensori; 4) se ha dato consiglio o prestato patrocinio nella causa, o ha deposto in essa come testimone, oppure ne ha conosciuto come magistrato in altro grado del processo o come arbitro o vi ha prestato assistenza come consulente tecnico; 5) se è tutore, curatore, amministratore di sostegno, procuratore, agente o datore di lavoro di una delle parti; se, inoltre, è amministratore o gerente di un ente, di un'associazione anche non riconosciuta, di un comitato, di una società o stabilimento che ha interesse nella causa.

In ogni altro caso in cui esistono gravi ragioni di convenienza, il giudice può richiedere al capo dell'ufficio l'autorizzazione ad astenersi; quando l'astensione riguarda il capo dell'ufficio, l'autorizzazione è chiesta al capo dell'ufficio superiore.

➤ ai sensi dell'art. 51 c.p.c.¹⁵ e

- l'inesistenza delle cause di astensione;
ovvero
 l'esistenza delle seguenti cause di astensione

➤ 42 D.Lgs. 50/2016:

- l'assenza di conflitto di interesse;
ovvero
 la presenza delle seguenti cause di conflitto di interesse

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver ricevuto e conoscere le informazioni ex art. 13 del Regolamento EU 679/2016 come disponibili sul sito web aziendale all'indirizzo: www.uslumbria2.it/pagine/privacy/-000.

Data _____

Firma _____

¹⁵ Art. 51 c.p.c. Il giudice ha l'obbligo di astenersi:

- 1) se ha interesse nella causa o in altra vertente su identica questione di diritto;
- 2) se egli stesso o la moglie è parente fino al quarto grado o legato da vincoli di affiliazione, o è convivente o commensale abituale di una delle parti o di alcuno dei difensori;
- 3) se egli stesso o la moglie ha causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito con una delle parti o alcuno dei suoi difensori;
- 4) se ha dato consiglio o prestato patrocinio nella causa, o ha deposto in essa come testimone, oppure ne ha conosciuto come magistrato in altro grado del processo o come arbitro o vi ha prestato assistenza come consulente tecnico;
- 5) se è tutore, curatore, amministratore di sostegno, procuratore, agente o datore di lavoro di una delle parti; se, inoltre, è amministratore o gerente di un ente, di un'associazione anche non riconosciuta, di un comitato, di una società o stabilimento che ha interesse nella causa.

In ogni altro caso in cui esistono gravi ragioni di convenienza, il giudice può richiedere al capo dell'ufficio l'autorizzazione ad astenersi; quando l'astensione riguarda il capo dell'ufficio, l'autorizzazione è chiesta al capo dell'ufficio superiore.

7. Dichiarazione assenza di cause di inconferibilità

(membri commissioni)

(da redigere al momento della nomina e da confermare al momento dell'accettazione dell'incarico)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a

_____ il _____ codice

fiscale _____ tel. cell. _____

dipendente dell'Azienda _____ in servizio presso la

Struttura _____ sede _____

con la qualifica di _____

in qualità di Presidente/Componente/Segretario della Commissione Esaminatrice del Concorso/Avviso _____

presa visione del D.Lgs. 39/2013

DICHIARA

- ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa);
- consapevole dei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni che l'amministrazione procedente è tenuta ad effettuare, ai sensi dell'art. 71 dello stesso DPR 445/2000, e delle sanzioni previste dagli artt. 75 e 76 dello stesso DPR 445/2000;
- consapevole che, ai sensi dell'articolo 20, comma 5, del D.Lgs. 39/2013 (*Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n° 190*) la dichiarazione mendace comporta la inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui allo stesso decreto legislativo per un periodo di 5 anni

Con riferimento alle cause di INCONFERIBILITA'

1. Ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. 39/2013⁽⁴⁰⁾:

- di non essere stato condannato ⁽⁴¹⁾, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale

ovvero

- di essere stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, ma di non incorrere in alcuna delle cause di inconferibilità previste dallo stesso articolo 3 del D.Lgs. 39/2013

ovvero

- di essere stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, per il quale è stata pronunciata sentenza anche non definitiva di proscioglimento, e di non incorrere, pertanto, in alcuna delle cause di inconferibilità di cui all'art. 3 del D.Lgs. 39/2013

⁽⁴⁰⁾ L'articolo 3 del D.Lgs. 39/2013 prevede quanto segue:

1. A coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale non possono essere attribuiti (...) gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali del servizio sanitario nazionale.

2. Ove la condanna riguardi uno dei reati di cui all'articolo 3, comma 1, della legge 27 marzo 2001, n° 97, l'inconferibilità di cui al comma 1 ha carattere permanente nei casi in cui sia stata inflitta la pena accessoria dell'interdizione perpetua dai pubblici uffici ovvero sia intervenuta la cessazione del rapporto di lavoro a seguito di procedimento disciplinare o la cessazione del rapporto di lavoro autonomo. Ove sia stata inflitta una interdizione temporanea, l'inconferibilità ha la stessa durata dell'interdizione. Negli altri casi l'inconferibilità degli incarichi ha la durata di 5 anni.

3. Ove la condanna riguardi uno degli altri reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, l'inconferibilità di cui al comma 1 ha carattere permanente nei casi in cui sia stata inflitta la pena accessoria dell'interdizione perpetua dai pubblici uffici ovvero sia intervenuta la cessazione del rapporto di lavoro a seguito di procedimento disciplinare o la cessazione del rapporto di lavoro autonomo. Ove sia stata inflitta una interdizione temporanea, l'inconferibilità ha la stessa durata dell'interdizione. Negli altri casi l'inconferibilità ha una durata pari al doppio della pena inflitta, per un periodo comunque non superiore a 5 anni.

(41) Agli effetti della presente disposizione, la sentenza di applicazione della pena ai sensi dell'art. 444 c.p.p., è equiparata alla sentenza di condanna (D.Lgs. 39/2013, art. 3, comma 7)

2. Ai sensi della L. 25 gennaio 1982, n° 17:

di non essere stato condannato con sentenza definitiva per violazione della L. 25 gennaio 1982, n° 17 (*Norme di attuazione dell'art. 18 della Costituzione in materia di associazioni segrete e scioglimento della associazione denominata Loggia P2*)

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver ricevuto e conoscere le informazioni ex art. 13 del Regolamento EU 679/2016 come disponibili sul sito web aziendale all'indirizzo: www.uslumbria2.it/pagine/privacy/-000.

Data _____

Firma _____

8. Dichiarazione in merito al conflitto di interesse

(Presidente o componente di commissione di concorso)

(da redigere al momento della nomina e da confermare al momento dell'accettazione dell'incarico)

DICHIARAZIONE IN MERITO AL CONFLITTO D'INTERESSE PER PRESIDENTE O COMPONENTE DI COMMISSIONE DI CONCORSO.

Il/La sottoscritto/a _____
dipendente della Azienda USL Umbria n. 2 in servizio presso:
reparto/servizio _____

ovvero dipendente della Azienda _____
in servizio presso la struttura/servizio _____
in merito all'assunzione di decisioni e/o per lo svolgimento di attività, inerenti l'incarico di:
 Presidente della commissione
 Componente della commissione
nell'ambito della procedura di cui alla DDG n _____

DICHIARA

alla data di sottoscrizione del presente atto:

l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse ai sensi e per gli effetti degli articoli 6 bis L.241/1990 e 7 del DPR 62/2013,

ovvero

la sussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse ai sensi e per gli effetti degli articoli 6 bis L. 241/1990 e 7 del DPR 62/2013 in quanto

INOLTRE

ai sensi dell'art. 51¹⁶ c.p.c. ed in considerazione delle deliberazioni ANAC n. 209 dell'1/03/2017 e n. 384 del 29/03/2017,

¹⁶ La sussistenza di singoli e occasionali rapporti di collaborazione tra uno dei candidati ed un membro della commissione esaminatrice non comporta sensibile alterazione della par condicio tra i concorrenti. Esempi:

- Il solo ed esclusivo rapporto lavorativo quale l'appartenenza allo stesso ufficio ed il legame di subordinazione o di collaborazione non rientrano nelle ipotesi di astensione;
- i rapporti personali di colleganza o di collaborazione di per sé non costituiscono motivi di astensione, in quanto le cause di incompatibilità previste dall'art. 51 c.p.c. non possono essere oggetto di estensione analogica. L'astensione di un componente richiede l'esistenza di ulteriori e specifici indicatori che denotano la sussistenza di una situazione di particolare intensità e sistematicità tale da dar luogo ad un vero e proprio sodalizio professionale;
- la conoscenza personale e/o l'instaurazione di rapporti lavorativi ed accademici non sono di per sé motivo di astensione, a meno che i rapporti personali o professionali non siano di rilievo ed intensità tali da far sorgere il sospetto che il candidato sia giudicato non in base al risultato delle prove, bensì in virtù delle conoscenze personali.
- I rapporti personali assumo rilievo quando trattasi di rapporti diversi e più saldi di quelli che di regola intercorrono tra maestro e allievo o tra soggetti che lavorano nello stesso ufficio, il rapporto tra commissario e candidato deve dar luogo ad un sodalizio professionale in quanto tale connotato dai caratteri della stabilità e della reciprocità d'interessi di carattere economico.
- l'esistenza di un rapporto di collaborazione costante (per non dire assoluta) determina necessariamente un particolare vincolo di amicizia tra commissario e candidato, che è idonea a determinare una situazione di incompatibilità.
- Non costituiscono ragione di incompatibilità la sussistenza di rapporti di collaborazione meramente intellettuale mentre l'obbligo di astensione sorge nella sola ipotesi di comunanza d'interessi economici di intensità tale da far ingenerare il ragionevole dubbio che il candidato sia giudicato non in base alle risultanze oggettive della procedura, ma in virtù della conoscenza personale con il commissario.

La collaborazione professionale tra candidato e commissario o la comunanza di vita, per assurgere a causa di incompatibilità, deve presupporre una **comunione di interessi economici o di vita tra gli stessi di particolare intensità e tale situazione può ritenersi esistente solo se detta collaborazione presenti i caratteri della sistematicità, stabilità, continuità tali da dar luogo ad un vero e proprio sodalizio professionale.**

La più recente giurisprudenza, in tema di concorsi pubblici e di incompatibilità dei componenti della commissione giudicatrice, conferma il principio secondo cui "le cause d'incompatibilità sancite dall'art. 51 c.p.c. estensibili, in omaggio al principio costituzionale di imparzialità, a tutti i campi dell'azione amministrativa (...) rivestono carattere tassativo e come tali, sfuggono ad ogni tentativo di estensione analogica, stante l'esigenza di assicurare la certezza dell'azione amministrativa.

DICHIARA

<p><input type="checkbox"/> di non avere rapporti di coniugio, o parentela e affinità fino al quarto grado con alcuno dei candidati</p> <p><input type="checkbox"/> di avere rapporti di coniugio, o parentela e affinità fino al quarto grado con:</p> <p>1. nome partecipante: _____</p> <p>2. nome partecipante: _____</p>

<p><input type="checkbox"/> di non avere in corso <input type="checkbox"/> di non aver avuto con alcuno dei suddetti partecipanti rapporti professionali e/o economici e/o personali aventi il carattere della sistematicità, stabilità, continuità.</p> <p><input type="checkbox"/> di non avere in corso <input type="checkbox"/> di non aver avuto con i seguenti partecipanti i rapporti, come sotto descritti, aventi carattere di sistematicità, stabilità, continuità:</p> <p>1. nome partecipante: tipo di rapporto: professionale <input type="checkbox"/> economico <input type="checkbox"/> personale <input type="checkbox"/> descrizione rapporto: _____</p> <p>2. nome partecipante: tipo di rapporto: professionale <input type="checkbox"/> economico <input type="checkbox"/> personale <input type="checkbox"/> descrizione rapporto: _____</p>

Il sottoscritto si impegna a comunicare ogni eventuale variazione dovesse intervenire rispetto alla dichiarazione effettuata.

Il sottoscritto rende la presente dichiarazione ai sensi del dPR 445/2000 consapevole delle conseguenze civili e penali per coloro che rilasciano dichiarazioni false e mendaci

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver ricevuto e conoscere le informazioni ex art. 13 del Regolamento EU 679/2016 come disponibili sul sito web aziendale all'indirizzo: www.uslumbria2.it/pagine/privacy/-000.

Data _____

Firma _____

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 16 aprile 2013, n. 62

Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

Art. 2 comma 3: Ambito di applicazione

Le pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo n. 165 del 2001 estendono, per quanto compatibili, gli obblighi di condotta previsti dal presente codice a tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, nonché nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione. A tale fine, negli atti di incarico o nei contratti di acquisizioni delle collaborazioni, delle consulenze o dei servizi, le amministrazioni inseriscono apposite disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal presente codice

Art. 3 comma 2 Principi generali

Il dipendente rispetta altresì i principi di integrità, correttezza, buona fede, proporzionalità, obiettività, trasparenza, equità e ragionevolezza e agisce in posizione di indipendenza e imparzialità, astenendosi in caso di conflitto di interessi

Art.7 Obbligo di astensione

1. Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza.

CODICE DI COMPORTAMENTO DELLA AZIENDA USL UMBRIA N. 2: § Obbligo di astensione - conflitto di interesse

PIANO AZIENDALE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE: § Conflitto di interessi- Obbligo di segnalazione

A.N.A.C. Deliberazione n. 209 del 01.03.2017 e n. 384 del 29.03.2017 – dispositivo:

ai fini della sussistenza di un conflitto di interessi fra un componente la commissione di concorso e un candidato, la collaborazione professionale o la comunanza di vita, per assurgere a causa di incompatibilità, così come disciplinata dall'art. 51 c.p.c., deve presupporre una comunione di interessi economici o di vita tra gli stessi di particolare intensità e tale situazione può ritenersi esistente solo se detta collaborazione presenti i caratteri della sistematicità, stabilità, continuità tali da dar luogo ad un vero e proprio sodalizio professionale;

la valutazione della ricorrenza di una causa di incompatibilità di cui all'art. 51 c.p.c. spetta all'amministrazione che deve verificare le autodichiarazioni rilasciate dai commissari ai fini del citato art. 51, le quali devono riportare l'indicazione della tipologia di eventuali rapporti a qualsiasi titolo intercorsi o in essere con il candidato.

Data _____

Firma _____

9. Scheda “patto di integrità” Azienda USL Umbria n.2.

(da utilizzare in fase dell’offerta)

PATTO DI INTEGRITA’ TRA

l’AZIENDA USL Umbria 2 e

l’Operatore Economico _____

(denominazione partecipante)

per la procedura _____

(oggetto della procedura)

Il presente patto di integrità:

- stabilisce la reciproca, formale obbligazione dell’Azienda USL Umbria 2 e dei partecipanti alla procedura sopra indicata, di conformare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza, correttezza, legalità, integrità ed etica al fine dell’assegnazione del contratto e/o al fine di distorcerne la relativa corretta esecuzione
- deve essere obbligatoriamente sottoscritto e presentato, insieme all’offerta, da ciascun partecipante alla procedura sopra indicata
- costituisce parte integrante della presente procedura di gara

Più in generale i comportamenti delle parti dovranno conformarsi al codice di comportamento vigente in Azienda USL Umbria n.2, per tutte le parti attinenti.

In particolare, l’operatore economico si obbliga formalmente:

- a rispettare tutte le previsioni contenute nel Disciplinare di gara e suoi allegati
- a conformare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza, a non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, al fine dell’assegnazione del contratto e/o al fine di distorcerne la relativa corretta esecuzione
- segnalare alla stazione appaltante qualsiasi tentativo di turbativa, irregolarità o distorsione nelle fasi di svolgimento della gara e/o durante l’esecuzione dei contratti, da parte di ogni interessato o addetto o di chiunque possa influenzare le decisioni relative alla gara in oggetto
- ad assicurare di non trovarsi in situazioni di controllo o di collegamento (formale e/o sostanziale) con altri concorrenti e che non si è accordata e non si accorderà con altri partecipanti alla gara
- ad informare puntualmente tutto il personale, di cui si avvale, del presente Patto di integrità e degli obblighi in esso contenuti
- a vigilare affinché gli impegni sopra indicati siano osservati da tutti i collaboratori e dipendenti nell’esercizio dei compiti loro assegnati
- ad inserire identiche clausole di integrità ed anti-corrruzione negli eventuali contratti di subappalto
- a denunciare alla Pubblica Autorità competente ogni irregolarità o distorsione di cui sia venuto a conoscenza per quanto attiene l’attività di cui all’oggetto della procedura in epigrafe.

e dichiara:

- di non essere intervenuto nel procedimento amministrativo diretto a stabilire il contenuto della *lex specialis* al fine di condizionare le modalità di scelta del contraente da parte della Azienda USL Umbria n.2
- ai fini dell’applicazione dell’art. 53 co. 16 ter del D.Lgs. 165/2001, di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e, comunque, di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti dell’Agenzia che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della stessa nei loro confronti, per il triennio successivo alla cessazione del rapporto
- di essere consapevole che, qualora emerga la situazione di cui al punto precedente, essa determinerà la nullità del contratto e il divieto di contrarre con l’Amministrazione per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti ed accertati in esecuzione dell’affidamento illegittimo.

L’Azienda USL Umbria n.2 si obbliga formalmente:

- a rispettare i principi di lealtà, trasparenza e correttezza nonché le misure di prevenzione della corruzione inserite nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza vigente.
- a portare a conoscenza del proprio personale e di tutti i soggetti in essa operanti, a qualsiasi titolo coinvolti nella procedura di gara indicata in epigrafe e nelle fasi di vigilanza, controllo e gestione dell’esecuzione del relativo contratto, ove assegnato, del contenuto del presente Patto e degli obblighi in esso contenuti, vigilando sulla loro osservanza;
- ad attivare, nel rispetto del principio del contraddittorio, le procedure di legge nei confronti del personale che non conformi il proprio operato ai principi sopra enunciati, alle disposizioni contenute nel codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al D.P.R. 16 aprile 2013 n. 62 e alle disposizioni contenute nel Codice di comportamento dei dipendenti dell’Azienda USL Umbria n. 2 vigente.

L'operatore economico, sin d'ora, accetta che il mancato rispetto degli impegni assunti con il presente Patto di integrità, comunque accertato dall'Azienda USL Umbria n. 2, potrà comportare oltre alla segnalazione agli Organi competenti come previsto dalle norme, l'applicazione, previa contestazione scritta, delle seguenti sanzioni:

- esclusione del concorrente dalla gara ed escussione della cauzione provvisoria a garanzia della serietà dell'offerta, se la violazione è accertata nella fase precedente all'aggiudicazione della procedura
- revoca dell'aggiudicazione ed escussione della cauzione se la violazione è accertata nella fase successiva all'aggiudicazione della gara ma precedente alla stipula del contratto
- risoluzione del contratto ed escussione della cauzione definitiva a garanzia dell'adempimento del contratto, se la violazione è accertata nella fase di esecuzione dello stesso
- In ogni caso, l'accertamento di una violazione degli obblighi assunti con il presente Patto di Integrità costituisce legittima causa di esclusione dell'operatore economico dalla partecipazione alle procedure di affidamento di concessioni o di appalti di lavori, forniture e servizi bandite dall'Azienda USL Umbria n.2 successivi 3 anni.

Il personale, i collaboratori ed i consulenti dell'Azienda USL Umbria 2, impiegati ad ogni livello nell'espletamento della presente gara, prendono visione ed accettano il presente patto di integrità, il cui spirito condividono pienamente, dichiarando di essere a conoscenza delle sanzioni previste a loro carico in caso di mancato rispetto del presente Patto. L'Azienda USL Umbria 2 si impegna a rendere pubblici i dati più rilevanti riguardanti la gara (*elenco dei concorrenti ed i relativi prezzi quotati, elenco delle offerte respinte con la motivazione dell'esclusione e le ragioni specifiche per l'assegnazione del contratto al vincitore, con relativa attestazione del rispetto dei criteri di valutazione indicati nel capitolato di gara, dati contenuti nel verbale di aggiudicazione oggetto di pubblicazione...*).

Il sottoscritto Operatore Economico dichiara inoltre di aver ricevuto e conoscere le informazioni ex art. 13 del Regolamento EU 679/2016 come disponibili sul sito web aziendale all'indirizzo: www.uslumbria2.it/pagine/privacy/000.

Ogni controversia relativa all'interpretazione, ed esecuzione del presente patto d'integrità fra Azienda USL Umbria 2 ed i concorrenti e tra gli stessi concorrenti sarà risolta dall'Autorità Giudiziaria competente.

Data _____

Per l'Azienda USL Umbria n.2
(*timbro dell'Azienda
e firma del legale rappresentante o suo delegato*)

Per l'operatore economico
(*timbro dell'Operatore economico
e firma del legale rappresentante*)

10. Scheda “patto di integrità” Azienda USL Umbria n.2. (da sottoscrivere in caso di contratti, accordi/convenzioni con i fornitori)

PATTO DI INTEGRITA' TRA L'AZIENDA USL UMBRIA 2 E IL CONTRAENTE:

(denominazione contraente)

(oggetto del contratto/accordo/convenzione)

Questo documento costituisce parte integrante del contratto/accordo/convenzione sottoscritto fra le Parti. Questo patto d'integrità stabilisce la reciproca, formale obbligazione dell'Azienda USL Umbria 2 e del contraente di conformare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza, correttezza, legalità, integrità ed etica nonché l'espreso impegno anti-corrruzione di non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, al fine dell'esecuzione del contratto.

Più in generale i comportamenti delle parti dovranno conformarsi al codice di comportamento vigente in Azienda USL Umbria n.2, per tutte le parti attinenti.

Il personale, i collaboratori ed i consulenti dell'Azienda USL Umbria 2, impiegati ad ogni livello nell'esecuzione e controllo del contratto, prendono visione ed accettano il presente patto di integrità, il cui spirito condividono pienamente, dichiarando di essere a conoscenza delle sanzioni previste a loro carico in caso di mancato rispetto del presente Patto.

Il sottoscritto contraente si impegna a segnalare tempestivamente all'Azienda USL Umbria 2 qualsiasi tentativo di turbativa, irregolarità o distorsione nella fase di esecuzione del contratto, da parte di ogni interessato o addetto o di chiunque possa influenzare la corretta esecuzione del contratto.

Il sottoscritto contraente prende nota e accetta che, nel caso di mancato rispetto degli impegni assunti con il presente Patto di Integrità comunque accertato dalla USL Umbria n.2, potranno essere applicate le seguenti sanzioni:

- risoluzione o perdita del contratto/accordo/convenzione
- escussione della cauzione definitiva, se prestata
- responsabilità per danno arrecato all'Azienda USL Umbria 2.

Il presente Patto di Integrità e le relative sanzioni applicabili resteranno in vigore sino alla completa esecuzione del contratto/accordo/convenzione assegnato a seguito della gara in oggetto.

Ogni controversia relativa all'interpretazione, ed esecuzione del presente patto d'integrità fra Azienda USL Umbria 2 ed i concorrenti e tra gli stessi concorrenti sarà risolta dall' Autorità Giudiziaria competente.

Il sottoscritto operatore contraente dichiara inoltre di aver ricevuto e conoscere le informazioni ex art. 13 del Regolamento EU 679/2016 come disponibili sul sito web aziendale www.uslumbria2.it/pagine/privacy/-000 .

Data _____

Per l'Azienda USL Umbria n.2
(*timbro dell'Azienda*
e firma del legale rappresentante o suo delegato)

Per l'operatore contraente
(*timbro dell'Operatore economico*
e firma del legale rappresentante)

11. Scheda per “conflitto di interesse”. (In ogni caso previsto dalle norme)

Al Responsabile del Direzione/Servizio/Reparto _____

Oggetto: segnalazione posizione di conflitto di interessi

Il/La sottoscritto/a _____ dipendente della Azienda USL Umbria n. 2 in servizio presso:

la macrostruttura _____ reparto/servizio _____

in merito all’assunzione di decisioni e/o per lo svolgimento di attività, inerenti alle proprie mansioni di seguito elencate (es: ispezione, liquidazione ecc.):

alla data di sottoscrizione del presente atto:

comunica la insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse ai sensi e per gli effetti degli articoli 6 e 7 del DPR 62/2013

comunica la sussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse ai sensi e per gli effetti degli articoli 6 e 7 del DPR 62/2013 in quanto _____

Il sottoscritto si impegna a comunicare ogni eventuale variazione dovesse intervenire rispetto alla dichiarazione effettuata.

Il sottoscritto rende la presente dichiarazione ai sensi del dPR 445/2000 consapevole delle conseguenze civili e penali per coloro che rilasciano dichiarazioni false e mendaci

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver ricevuto e conoscere le informazioni ex art. 13 del Regolamento EU 679/2016 come disponibili sul sito web aziendale all’indirizzo: www.uslumbria2.it/pagine/privacy/-000 .

Data _____

Firma _____

DEFINIZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI:

Un soggetto che assume un incarico di qualunque genere (politico, di lavoro, collaborazione, ecc.) presso una pubblica amministrazione è tenuto ad agire con imparzialità e nell'esclusivo interesse pubblico. La situazione di conflitto di interesse quindi si verifica tutte le volte che un interesse diverso (patrimoniale o meno) da quello primario della pubblica amministrazione si presenta come capace di influenzare l'agire del soggetto titolare dell'incarico.

Il tema del conflitto di interessi va inteso in un'accezione ampia, come ogni situazione nella quale un interesse del soggetto tenuto al rispetto del Codice interferisce o potrebbe interferire con lo svolgimento imparziale dei suoi doveri pubblici.

Il conflitto, in particolare, può essere:

- a) attuale, ovvero presente al momento dell'azione o decisione del soggetto tenuto al rispetto del Codice; è anche detto reale e si manifesta quando l'interesse primario (pubblico) e quello secondario (privato) entrano in conflitto proprio nel momento in cui è richiesto al soggetto decisore di agire in modo indipendente, senza interferenze;
- b) potenziale, ovvero che potrà diventare attuale in un momento successivo; quando cioè il soggetto decisore avendo un interesse secondario, anche a seguito del verificarsi di un certo evento (es. accettazione di un regalo o di un'altra utilità), può arrivare a trovarsi, in un momento successivo, in una situazione di CdI attuale. Il conflitto potenziale può nascere anche da una promessa;
- c) apparente, ovvero che può essere percepito dall'esterno come tale; è anche detto percepito e si ha quando una persona ragionevole potrebbe pensare che l'interesse primario del soggetto decisore possa venire compromesso da interessi secondari di varia natura (es. sociali e finanziari). Nel conflitto apparente, quindi, la situazione è tale da poter danneggiare seriamente la pubblica fiducia del soggetto decisore, anche quando lo stesso non è portatore di nessun interesse secondario;
- d) diretto, ovvero che comporta il soddisfacimento di un interesse del soggetto tenuto al rispetto del Codice ma allo stesso collegati.
- e) indiretto, ovvero che attiene a entità o individui diversi dal soggetto tenuto al rispetto del Codice ma allo stesso collegati.

PRINCIPALE NORMATIVA

LEGGE 6 novembre 2012, n. 190

Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione.

Art. 1 comma 41.

Nel capo II della legge 7 agosto 1990, n. 241, dopo l'articolo 6 è aggiunto il seguente:

«Art. 6-bis. - (Conflitto di interessi). - 1. Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale».

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 16 aprile 2013, n. 62

Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

Art. 2 comma 3: Ambito di applicazione

Le pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo n. 165 del 2001 estendono, per quanto compatibili, gli obblighi di condotta previsti dal presente codice a tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, nonché nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione. A tale fine, negli atti di incarico o nei contratti di acquisizioni delle collaborazioni, delle consulenze o dei servizi, le amministrazioni inseriscono apposite disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal presente codice

Art. 3 comma 2 Principi generali

Il dipendente rispetta altresì i principi di integrità, correttezza, buona fede, proporzionalità, obiettività, trasparenza, equità e ragionevolezza e agisce in posizione di indipendenza e imparzialità, astenendosi in caso di conflitto di interessi

Art. 6 Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti d'interesse

1. Fermi restando gli obblighi di trasparenza previsti da leggi o regolamenti, il dipendente, all'atto dell'assegnazione all'ufficio, informa per iscritto il dirigente dell'ufficio di tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati in qualunque modo retribuiti che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni, precisando:

a) se in prima persona, o suoi parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente abbiano ancora rapporti finanziari con il soggetto con cui ha avuto i predetti rapporti di

collaborazione;

b) se tali rapporti siano intercorsi o intercorrano con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, limitatamente alle pratiche a lui affidate.

2. Il dipendente si astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici.

Art.7 Obbligo di astensione

1. Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza.

Art. 13 comma 3 Disposizioni particolari per i dirigenti

Il dirigente, prima di assumere le sue funzioni, comunica all'amministrazione le partecipazioni azionarie e gli altri interessi finanziari che possano porlo in conflitto di interessi con la funzione pubblica che svolge e dichiara se ha parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio che dovrà dirigere o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio (...)

CODICE DI COMPORTAMENTO DELLA AZIENDA USL UMBRIA N. 2

Obbligo di astensione - conflitto di interesse

PIANO TRIENNALE AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE vigente

Conflitto di interessi-Obbligo di segnalazione

FIRMA

Data _____

12. Dichiarazione di interessi finanziari (all'atto dell'assegnazione all'ufficio art. 6 DPR 62/2013)

Al Dirigente del Servizio _____

Il/La sottoscritto/a _____

dipendente della Azienda USL Umbria n. 2 in servizio presso:

la macrostruttura _____

reparto/servizio _____

CONSAPEVOLE

delle sanzioni previste dall'art. 76 DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, del medesimo D.P.R., sotto la mia personale responsabilità, ai fini di quanto previsto dall'art. 6 DPR 62/2013 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del D.Lgs 30 marzo 2001, n. 165"

DICHIARO

di non avere avuto rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati in qualunque modo retribuiti nè in prima persona, o miei parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente per quanto a conoscenza del sottoscritto (art.6 DPR 62/2013)

di avere avuto negli ultimi tre anni rapporti di collaborazione retribuiti con i seguenti soggetti privati (art.6 DPR 62/2013):

1 _____

2 _____

e che, in quest'ultimo caso: (art.6 DPR 62/2013)

né io sottoscritto né un parente né un affine entro il secondo grado nè il coniuge o il convivente del sottoscritto medesimo ha tutt'ora, per quanto a conoscenza del sottoscritto, rapporti finanziari con uno o più dei soggetti privati sopra indicati

io sottoscritto (o un parente o un affine entro il secondo grado o il coniuge o il convivente del sottoscritto medesimo) (*specificare:* _____)

ho/a tutt'ora rapporti finanziari con uno o più dei soggetti privati sopra indicati e precisamente con

1 _____

2 _____

che i soggetti privati sopra menzionati, per quanto a conoscenza del sottoscritto (art.6 DPR 62/2013)

hanno

non hanno

interessi in attività o decisioni inerenti la struttura di assegnazione del sottoscritto, per quanto riguarda le pratiche allo stesso affidate.

Io sottoscritto dichiaro inoltre di essere consapevole del fatto che la sottoscrizione della presente dichiarazione non sostituisce in alcun modo gli obblighi e gli adempimenti previsti dalle disposizioni in materia di incompatibilità e autorizzazioni a svolgere attività extralavorative nel corso del rapporto di lavoro (art. 53 D.Lgs. n. 165/2001, D.Lgs. n. 39/2013, per quanto già applicabile.

Io sottoscritto mi impegno ad aggiornare la presente dichiarazione in ogni caso di modifica delle dichiarate condizioni.

Io sottoscritto dichiaro inoltre di aver ricevuto e conoscere le informazioni ex art. 13 del Regolamento EU 679/2016 come disponibili sul sito web aziendale all'indirizzo: www.uslumbria2.it/pagine/privacy/-000 .

Data _____

Firma _____

13. Comunicazione di adesione o appartenenza ad associazioni od organizzazioni

Al Responsabile del Servizio _____

SEDE

Oggetto: comunicazione di adesione o appartenenza ad associazioni od organizzazioni.

Il sottoscritto/a.....

nato/a ail

dipendente in servizio presso

ai sensi di quanto previsto dell'art. 5 del DPR n. 62/2013 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165" e dall'art. 3 del Codice di comportamento dei dipendenti dell'Azienda USL Umbria n.2

COMUNICA

la sua adesione o appartenenza alle seguenti associazioni od organizzazioni (non si applica all'adesione a partiti politici o a sindacati od organizzazioni attraverso la cui appartenenza possa essere rilevata la fede religiosa o gli orientamenti sessuali) i cui ambiti di interessi sono coinvolti o possono interferire con lo svolgimento dell'attività dell'ufficio/reparto/servizio di assegnazione

.....
.....

Si impegna a ripresentare la comunicazione in caso di modifica della propria posizione nei confronti di associazioni/organizzazioni.

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver ricevuto e conoscere le informazioni ex art. 13 del Regolamento EU 679/2016 come disponibili sul sito web aziendale all'indirizzo: www.uslumbria2.it/pagine/privacy/-000 .

Data _____

Firma _____

14. Avviso pubblico (“stakeholders”).

AVVISO PUBBLICO

L’Azienda USL Umbria n.2, al fine di favorire la partecipazione da parte di tutti i cittadini alle attività aziendali volte a garantire il rispetto dei principi di legalità, integrità e trasparenza e nell’ottica dell’aggiornamento e predisposizione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza da adottarsi entro il 31 gennaio di ogni anno

INVITA

a far pervenire eventuali osservazioni e/o suggerimenti che possano promuovere e migliorare le iniziative dell’azienda in materia di Anticorruzione e Trasparenza inviandole al Responsabile della Prevenzione della Corruzione indirizzo e mail: responsabile.anticorruzione@uslumbria2.it.

Il P.T.P.C.T. è pubblicato in consultazione al seguente link:

<http://www.uslumbria2.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-anticorruzione>

16. Descrizione dei procedimenti e del personale coinvolto – Modalità di compilazione (art.35 D.lgs. 33/2013)

UNITA' OPERATIVA/STRUTTURA/SERVIZIO :	
procedimento (breve descrizione)	normativa di riferimento
Deve essere indicata l'attività del procedimento in breve descrizione (sono sufficienti poche parole che rendano comprensibile all'utente cosa si fa)	normativa di riferimento
Indicare tutti i riferimenti normativi utili (Leggi, D.Lgs.,DM, ecc. o anche semplice prassi regolamentata). MAI LASCIARE IN	responsabile del procedimento (unitamente ai recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale)
Aggiornare i dati eventualmente non più attuali (nuovi Responsabili, nuovi indirizzi e n. di telefono, ecc). MAI LASCIARE IN BIANCO	ove diverso (rif. colonna b) unità organizzativa competente all'adozione del provvedimento finale (indicazione del nome responsabile ufficio unitamente ai recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale)
Qualora sussista la casistica prevista dall'intestazione della colonna, compilare tutti i dati, qualora invece la situazione non ricorresse deve comunque essere immessa la dicitura: "NON RICORRE".	procedimento ad istanza di parte (modulistica)
Indicare se è prevista apposita modulistica e dove è reperibile (sul sito). Qualora non fosse prevista una modulistica, tale circostanza va dichiarata con la dicitura: "NON PREVISTA". Devono comunque essere indicati gli eventuali documenti da allegare all'istanza.	uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze
Devono essere indicati tutti i dati richiesti. Qualora non fossero determinati, deve comunque essere indicato il dato al negativo (esempio: NON E' DISPONIBILE LA CASELLA DI POSTA ELETTRONICA)	termini di conclusione del procedimento
Deve essere indicato il termine previsto e non è possibile lasciare in bianco.	conclusione del procedimento attraverso una dichiarazione sostitutiva dell'interessato o con il silenzio assenso
Deve essere indicato se ricorre l'ipotesi e qualora così non fosse, va dichiarato con la dicitura: "NON PREVISTO"	strumenti di tutela riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato
Devono essere indicati tutti i possibili rimedi messi a disposizione dell'utente (reclamo, ricorso in opposizione, ricorso gerarchico, ecc.).	link di accesso al servizio on line ovvero i tempi previsti per la sua attivazione
Deve essere indicato il link di riferimento. Qualora non disponibile devono essere indicati i tempi entro i quali sarà disponibile ovvero l'impossibilità organizzativa di realizzare la gestione del procedimento on line. MAI LASCIARE IN BIANCO SE NEGATIVO RIPORTARE LA DICITURA:NON ATTIVABILE. SE IN FASE DI REALIZZAZIONEINDICARE I TEMPI.	modalità per l'effettuazione di eventuali pagamenti
Modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da	sogetto a cui e' attribuito in caso di inerzia il potere sostitutivo
Indicare il nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché le modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale.	

17. Rendiconto della raccolta fondi a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID-19

(art. 99, comma 5, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito dalla legge 24 aprile 2020, n. 27)

Azienda USL Umbria n.2 C.F. 01499590550

Raccolta fondi svolta dal _____ al _____

Conto corrente utilizzato:

Responsabile:

USCITE			ENTRATE		
Data	Documento	Importo	Data	Documento	Importo
TOTALE USCITE		_____	TOTALE ENTRATE		_____
AVANZO/DISAVANZO		_____			

RELAZIONE ILLUSTRATIVA DELLA RACCOLTA FONDI

(indicare le spese sostenute fornendo idonea documentazione)

Firma del Rappresentante Legale

Firma del Responsabile

Sommario

Allegato ____ “MODULISTICA”	1
1. Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro. Scheda informativa	1
2. Dichiarazione assenza di cause di inconferibilità (Direttori Amministrativo e Sanitario)	2
3. Dichiarazione assenza di cause di incompatibilità (Direttori Amministrativo e Sanitario)	4
4. Dichiarazione assenza di cause di inconferibilità (membri commissioni – assegnazione agli uffici)	7
5. Dichiarazione assenza di cause di incompatibilità (membri commissioni giudicatrici)	9
(da redigere al momento della nomina e da confermare al momento dell'accettazione dell'incarico)	9
6. Dichiarazione assenza di cause di inconferibilità (membri commissioni giudicatrici)	10
(da redigere al momento della nomina e da confermare al momento dell'accettazione dell'incarico)	10
7. Dichiarazione assenza di cause di inconferibilità (membri commissioni)	12
(da redigere al momento della nomina e da confermare al momento dell'accettazione dell'incarico)	12
8. Dichiarazione in merito al conflitto di interesse (Presidente o componente di commissione di concorso)	14
(da redigere al momento della nomina e da confermare al momento dell'accettazione dell'incarico)	14
9. Scheda “patto di integrità” Azienda USL Umbria n.2. (da utilizzare in fase dell'offerta)	17
10. Scheda “patto di integrità” Azienda USL Umbria n.2. (da sottoscrivere in caso di contratti, accordi/convenzioni con i fornitori)	19
11. Scheda per “conflitto di interesse”. (In ogni caso previsto dalle norme)	20
12. Dichiarazione di interessi finanziari (all'atto dell'assegnazione all'ufficio art. 6 DPR 62/2013)	23
13. Comunicazione di adesione o appartenenza ad associazioni od organizzazioni	24
14. Avviso pubblico (“stakeholders”)	25
15. Modello proposte/osservazioni al Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della trasparenza.	26
17. Rendiconto della raccolta fondi a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID-19	28