



**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E  
ORGANIZZAZIONE (PIAO)  
2022 – 2024**

	<b>Data</b>	<b>Revisione</b>	<b>Modifiche</b>
<b>Redazione</b>	Giugno 2022	Rev. 1.1	
<b>Approvazione</b>	30 Giugno 2022	Delibera del Direttore Generale f.f. n. 639 del 30 giugno 2022	

	<p style="text-align: center;"><b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b></p>	<p style="text-align: center;">PIAO_AzOsp</p>
<p style="text-align: center;"><b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b></p>		<p style="text-align: center;">Pagina 2 di 69</p>

**Indice**

**Premessa ..... 3**

**1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL’AMMINISTRAZIONE ..... 4**

**2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE ..... 18**

2.1. Valore pubblico ..... 18

2.2. Performance ..... 21

2.3. Rischi corruttivi e trasparenza ..... 39

**3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO ..... 52**

3.1. Struttura organizzativa ..... 52

3.2. Organizzazione del lavoro agile ..... 54

3.3. Piano spostamenti casa lavoro (PSCL) ..... 59

3.4. Piano triennale dei fabbisogni di personale ..... 62

3.5. Formazione del personale ..... 65

**4. MONITORAGGIO ..... 69**

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 3 di 69

## **PREMESSA**

La stesura del Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO) coincide con un momento di revisione dell'organizzazione sanitaria Nazionale e della Regione Umbria e di conseguenza dell'Azienda Ospedaliera “Santa Maria della Misericordia” di Perugia.

Sul livello nazionale sono infatti in fase avanzata progetti di programmazione legati ai fondi PNRR, è stato da poco approvato il DM 23 maggio 2022 n. 77 sull'organizzazione territoriale, ed è in fase di revisione il DM n.70 sull'organizzazione ospedaliera.

Sul piano regionale è in discussione la delibera regionale relativa alla proposta di nuovo piano sanitario regionale che dovrebbe modificare l'assetto delle aziende sanitarie stesse allineandosi con gli indirizzi programmatici nazionali; allo stesso tempo è stata emanata nelle ultime settimane la delibera regionale di preaccordo con l'Università degli studi di Perugia che prevede la trasformazione dei rapporti tra Azienda Ospedaliera, attualmente convenzionata con l'Università degli Studi di Perugia, e la stessa Università con la costituzione in massimo 180 giorni, eventualmente prorogabili di altri 180, della nuova Azienda Ospedaliera-Universitaria Integrata.

Infine, per quanto riguarda l'Azienda stessa, gli atti programmatici su indicati incideranno fortemente sia sulla mission sia sull'assetto organizzativo del prossimo triennio.

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 4 di 69

## 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

**Direzione Generale e Sede Amministrativa:** Piazzale Menghini, 8/9 – 06129 PERUGIA

**Sede Legale:** Ospedale S. Maria della Misericordia – S. Andrea delle Fratte – 06156 PERUGIA

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

**Codice Fiscale / Partita IVA:** 02101050546

**Numero di telefono:** 075 5781 (centralino)

**Sito istituzionale:** <https://www.ospedale.perugia.it>

**PEC / domicilio digitale:** [aosp.perugia@postacert.umbria.it](mailto:aosp.perugia@postacert.umbria.it)

**IPA:** <https://indicepa.gov.it/ipa-portale/consultazione/indirizzo-sede/ricerca-ente/scheda-ente/490>

L'Azienda Ospedaliera di Perugia è stata istituita con DPCM del 3 Marzo 1994, con sede legale presso l' Ospedale S. Maria della Misericordia – S. Andrea delle Fratte – 06156 Perugia, Partita IVA 02101050546, mentre la Direzione Generale e Sede Amministrativa è sita in Piazzale Menghini 8/9 – 06129 Perugia. L'Azienda è composta dal presidio ospedaliero a blocchi dove sono presenti sia i reparti che gli ambulatori, dalla palazzina CREO dove hanno sede la direzione generale dell'Azienda Ospedaliera e i laboratori onco – ematologici e dalla palazzina dell'Ellisse di proprietà dell'università che ospita uffici amministrativi aziendali. All'interno dell'Azienda Ospedaliera di Perugia insiste la Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Perugia che costituisce un polo sanitario di alta specialità, che per le specifiche professionalità presenti e per il complesso di tecnologie innovative e tipologia di prestazioni offerte è un punto di riferimento sia per la sanità umbra sia per quella nazionale. L'Azienda Ospedaliera di Perugia assolve non solo la funzione di ospedale di alta specialità e di ospedale di riferimento Regionale ma anche quella di ospedale cittadino per la città di Perugia.



### **Organizzazione**

L’Azienda Ospedaliera di Perugia è strutturata, come previsto dal vigente atto aziendale ancorché datato (2005), secondo una organizzazione dipartimentale comprendente n. 9 dipartimenti ai quali si aggiungono servizi e strutture interaziendali a carattere universitario e regionale.

Al 31 dicembre 2021 il personale, ospedaliero e universitario convenzionato, in servizio presso l’Azienda Ospedaliera di Perugia era di 3.018 unità.

Nella tabella 1 vengono riassunti alcuni dati di attività relativi al triennio 2019 – 2021, che tengono presente anche dell’impatto della pandemia sull’organizzazione e sull’attività stessa.

**Tabella 1. Dati di attività. Periodo 2019 – 2021**

<b>ATTIVITA' DI RICOVERO</b>	<b>ANNO 2019</b>	<b>ANNO 2020</b>	<b>ANNO 2021</b>
Posti Letto Medi Ordinari (con culle)	759,1	725,5	704,91
Giornate di degenza dimessi	240.708	218.083	226.302
Dimessi (Totale SDO)	31.036	26.360	28.145
Numero parti	1.861	1.791	1.887
Trapianti	134	142	167
Posti Letto Medi Day Hospital-Day Surgery	50,5	38,5	48,92
Dimessi Day Hospital/Day Surgery	5.631	3.872	5.109
<b>ATTIVITA' DI TRIAGE</b>	<b>ANNO 2019</b>	<b>ANNO 2020</b>	<b>ANNO 2021</b>
Codici Rossi	1.465	1.309	1.510
Codici Gialli	10.149	8.747	8.768
Codici Verdi	40.281	27.716	31.204
Codici Bianchi	5.784	2.674	3.882
Ex urgenze da reparto	1.876	788	670
Totale Triage	59.555	41.234	46.034
<b>PRESTAZIONI AMBULATORIALI</b>	<b>ANNO 2019</b>	<b>ANNO 2020</b>	<b>ANNO 2021</b>
Esterni	3.393.475	2.711.139	3.091.280
Interni	2.798.691	2.704.947	3.611.904

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 6 di 69

### **Mission, valori e identità aziendale**

Come scritto nell’Atto aziendale *“L’Azienda Ospedaliera contribuisce alla promozione, mantenimento e sviluppo della salute della collettività, perseguendo l’obiettivo del miglioramento complessivo della qualità della vita della popolazione. L’Azienda Ospedaliera valorizza le proprie risorse umane attraverso la formazione e la promozione della collaborazione fra professionisti anche al fine di garantire elevate competenze mediche e sanitarie capaci di adeguarsi allo sviluppo tecnologico, organizzativo e assistenziale nelle varie discipline.”* (Atto az.le 2/7/2005)

### **La vocazione clinica**

*“L’Azienda indirizza la propria attività alla collaborazione e integrazione con l’Università nel rispetto del rapporto tra prestazioni sanitarie e formazione universitaria nella Facoltà di Medicina. L’Azienda nell’esercizio della propria funzione di polo didattico formativo si attiene alle linee di indirizzo concordate con Regione e Università ed ai relativi protocolli d’intesa”.* (Atto az.le 2/7/2005)

E’ così che, l’Azienda Ospedaliera di Perugia insieme all’Università degli studi di Perugia conferma la propria vocazione clinica orientata a:

- alta specializzazione;
- attività trapiantologica;
- gestione dell'emergenza urgenza;
- integrazione delle attività di ricerca e di didattica con quelle assistenziali;
- qualità del servizio: l'Ospedale, con le sue professionalità e tecnologie, risponde ai bisogni dei pazienti nella fase acuta;
- ampia offerta di servizi che si esprime attraverso la complessa e variegata gamma di prestazioni sanitarie e attività, la presenza di Centri specialistici e di competenze specifiche nelle diverse branche specialistiche che costituiscono punti di eccellenza e di riferimento dell’Azienda sia a livello provinciale e regionale che nazionale;
- presenza di Centri sovraziendali di riferimento regionali e nazionali.

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 7 di 69

L’Azienda Ospedaliera di Perugia è soprattutto assistenza e ricerca e gli indicatori annuali proposti dai principali sistemi nazionali di valutazione, ne testimoniano il ruolo centrale nella rete ospedaliera umbra e nei livelli nazionale e internazionale.

Tra le iperspecializzazioni presenti nell’Ospedale vi è l’attività del **trapianto di midollo** sia autologo che allogenico con oltre 130 procedure all’anno. Si è assistito nel corso degli anni ad un incremento dei trapianti per pazienti fuori regione e per pazienti pediatrici con il coinvolgimento delle SS.CC di Ematologia e Trapianto ed Oncoematologia pediatrica. Grazie al Centro di Ricerche Emato-Oncologiche (CREO), struttura invidiata a livello europeo, con il suo laboratorio GMP tra i più avanzati, sono stati conseguiti sia ottimi risultati di cura, con una bassa incidenza di recidive, che risultati riconosciuti a livello internazionale, di gran lunga superiori a quanto attualmente è ottenibile in altri centri trapianto nel mondo gravati da almeno il 30% di recidive leucemiche. In uno dei numerosi laboratori del Centro è presente un robot all’avanguardia per la produzione centralizzata dei farmaci antitumorali.

L’azienda è autorizzata all’attività di **trapianto renale**, a partire dal 2013.

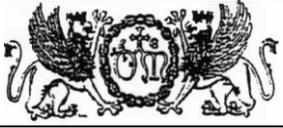
L’ospedale con la Struttura di Otorinolaringoiatria è anche **Centro Regionale Umbro per Impianti Cocleari**, centro di rilievo a livello nazionale nella diagnosi precoce e nello studio delle ipoacusie infantili.

Altre Strutture dell’Azienda sono state individuate dalla Regione quali Centri di riferimento regionale.

E’ in fase avanzata l’iter autorizzativo da parte dell’AIFA per l’accreditamento di alcune strutture aziendali alla partecipazione a studi sperimentali di fase 1.

### **Riconoscimenti**

**Dal 2007 ad oggi – BOLLINI ROSA** - Per il settimo biennio consecutivo la Fondazione ONDA- Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna e di genere, riconosce i tre Bollini Rosa, il più importante attestato, attribuito dal 2007, agli ospedali che si distinguono per l’offerta di servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali malattie delle donne.

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 8 di 69

**Anno 2020 - ALBO D’ORO** - il Sindaco del Comune di Perugia ha iscritto l’Azienda Ospedaliera di Perugia nell’Albo d’Oro della città.

**Anno 2021 – PREMIO** "Uno sguardo raro - PaSocial" come miglior progetto di comunicazione digitale in sanità per il video- spot sulla "Giornata mondiale del lavaggio delle mani".

**Anno 2021 - PREMIO** “Filippo Basile” per la formazione nella Pubblica Amministrazione vinto con il progetto “Sondaggi e questionari on line per la data governance e il supporto degli operatori sanitari coinvolti nella gestione del covid19”.

**Anno 2021 - PREMIO** “Persona e Comunità”- per il progetto “Io c’ero...il tempo sospeso” racconti di vita al tempo della pandemia – prima edizione del premio letterario dell’Ospedale di Perugia rivolto ai pazienti e al personale dipendente.

### **Stakeholders**

Un’Azienda sanitaria pubblica come l’Azienda Ospedaliera di Perugia è, per definizione, la tipologia di impresa che ha il maggior numero di stakeholder, coincidenti addirittura con la totalità della società.

Possiamo distinguere tra i pubblici di riferimento dell’Azienda, quelli esterni e quelli interni.

Tra i pubblici esterni, troviamo: i pubblici esterni di fruizione (cittadini), i pubblici esterni di negoziazione istituzionale (associazioni e tipi di PA), i pubblici esterni di concorrenzialità (altri enti pubblici) e i pubblici esterni di negoziazione mercantile (fornitori e consulenti).

Tra i pubblici interni, invece, troviamo quelli di valenza organizzativa (dipendenti e intero sistema aziendale) e quelli di alone (famiglie dei dipendenti, dei degenti in un ospedale e così via).

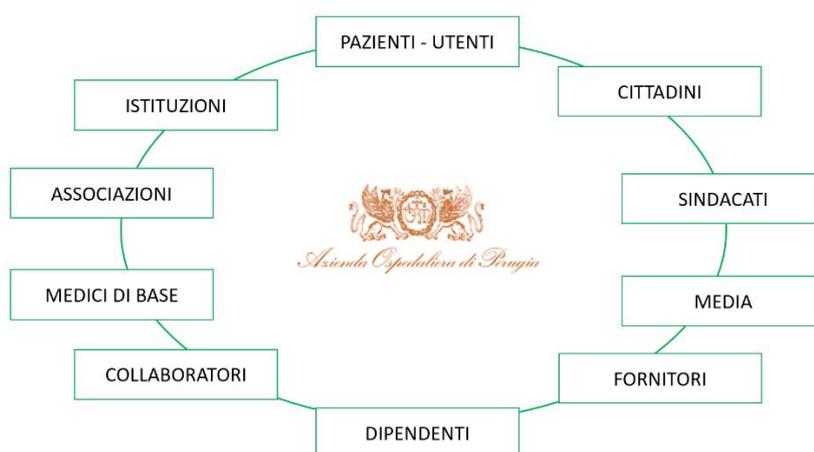
Individuando le principali categorie, sono ‘portatori di interesse’ nei confronti dell’Azienda ospedaliera in primis i pazienti e le loro famiglie, i dipendenti e i collaboratori,



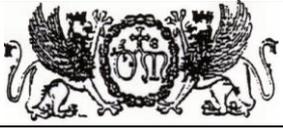
gli interlocutori istituzionali e politici, gli organismi di tutela e le associazioni di volontariato, le organizzazioni sindacali, i media e i cittadini tutti.

In questo contesto l’Università di Perugia si pone, non solo come uno stakeholder esterno tra le istituzioni operante in regime convenzionale, ma anche e soprattutto come soggetto proattivo impegnato nella costruzione di un sistema integrato all’ Azienda Ospedaliera di Perugia.

L’ Azienda Ospedaliera si prefigge, come da sua missione, di tenere conto delle esigenze di tutte queste categorie di soggetti, ricorrendo nella comunicazione all’uso di strumenti e linguaggi diversi al fine di raggiungere i molteplici pubblici di riferimento, tenendo conto delle predisposizioni e dei codici interpretativi propri di ciascun interlocutore.



La regione Umbria dalle ultime stime ISTAT dell’anno 2021 ha una popolazione di 865.452 abitanti di cui il 26,3% con oltre 65 anni e proprio per questo la regione risulta una delle più vecchie di Italia. Infatti, il suo indice di vecchiaia è pari a 217,08 (dato nazionale 182,56) con un’età media di 47 anni. Rispetto all’anno 2019 nell’anno 2020 diminuisce, sia per le donne sia per gli uomini, la speranza di vita alla nascita (81,1 per gli uomini con un -0,9 rispetto al 2019 e 85,6 per le donne con un decremento di 0,6 anni). In questo contesto si inserisce il tema della denatalità visto che la variazione tra il 2019 e il 2020 è del -5,9% e tra il 2008 e il 2020 il numero medio di figli per donna è passato da 1,41 a 1,15. Lo stesso tasso di natalità che in Italia è del 6,8 per mille abitanti, in Umbria è del 6,0 per mille che sommato al tasso migratorio del 2,4 (1,3 dato nazionale) fa figurare sempre

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 10 di 69

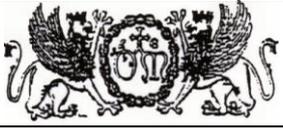
più una regione che cresce poco a livello di popolazione. Le stesse previsioni demografiche prevedono una diminuzione di circa 30.000 abitanti al 2030 e di oltre 100.000 al 2050. Il carico sociale ed economico (indice di dipendenza strutturale) della regione Umbria rappresenta il secondo più alto a livello nazionale con un valore di 62,32 (dato nazionale pari 57,30) superato solo da quello della Liguria (65,80) e ciò mostra come la popolazione non attiva abbia un peso maggiore su quella attiva; ciò è suffragato anche dall'indice di ricambio della popolazione che è di circa 150 contro il 138 nazionale.

Il tessuto economico della regione Umbria è composto dai settori metalmeccanici, chimici e siderurgici, siti principalmente nell'Umbria meridionale; settori alimentari concentrati per la maggior parte nella zona del capoluogo di regione, della meccanica (folignate e alta valle del Tevere), dell'agricoltura diffusa in tutto il territorio della regione ma in particolare nella zona orientale dell'Umbria e dell'alta valle del Tevere. Un importante settore, che probabilmente non ha ancora espresso le proprie potenzialità, è quello del turismo che rappresenta un volano importante per un ulteriore sviluppo dell'economia umbra.

I dati economici mostrano come il PIL pro capite umbro sia, tra il 2010 e il 2019, costantemente inferiore sia a quello nazionale che a quello dell'Italia Centrale. I trend nel periodo sono abbastanza simili per la regione, per la ripartizione del centro e per l'Italia. In Umbria tra il 2010 e il 2014 si è registrata una flessione del PIL pro capite, con un successivo incremento del 2,8% nel 2015, del 1,5% nel 2017 e del 2,1% nel 2018, mentre nel 2019 la crescita è risultata più contenuta (+0,58%) anche se maggiore di quella osservata a livello nazionale (+0,34%) e nelle regioni del nord – Italia (+0,4%). L'export umbro tra il primo trimestre 2019 e il secondo trimestre 2021 mostra variazioni percentuali congiunturali generalmente discordanti tra un trimestre e l'altro, ma registra una flessione nel secondo trimestre del 2020, causa pandemia; nel secondo trimestre 2021 vi è una crescita delle esportazioni umbre, rispetto al trimestre precedente del +18,3%.

Il tasso di occupazione (popolazione 15 – 64 anni) nel decennio 2011 – 2020 dell'Umbria è superiore sia a quello dell'Italia nel complesso sia a quello dell'Italia centrale; sino al 2013 vi è per le tre ripartizioni geografiche un trend in diminuzione, ma in seguito si è registrato un incremento di esso. Nel 2020, a causa della pandemia, si assiste a una flessione del tasso di occupazione.

La spesa media mensile familiare, nel decennio 2011 – 2020 per l'Umbria è costantemente al di sotto di quella media italiana e della ripartizione del centro Italia. Tra il 2018 e il 2019 la spesa

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 11 di 69

media delle famiglie umbre aumenta per poi diminuire nel 2020. Gli ultimi dati dell’ISTAT, rilevati tramite l’indagine sul reddito e condizioni di vita (EuSilc), attribuiscono per l’anno 2018 all’Umbria un reddito netto annuo medio (esclusi fitti figurativi) di € 33.338 euro, ossia € 2.778 al mese; il reddito è superiore sia a quello medio nazionale (€ 31.614) e quello stimato per le regioni dell’Italia Centrale (€ 32.998), collocando così la regione al settimo posto della graduatoria delle regioni e province autonome. L’incidenza di povertà relativa familiare (% di famiglie in povertà relativa) in Umbria tra il 2018 e il 2020 fa registrare un decremento passando dal 14,3% del 2018 all’8,0% del 2020.

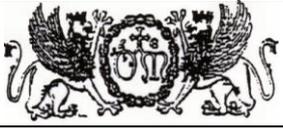
La pandemia COVID-19 e le incertezze economiche che hanno mutato in maniera sostanziale il contesto regionale, hanno influito in maniera importante sul tessuto produttivo umbro e tutto ciò contribuisce ad un aumento dei bisogni della popolazione. Contemporaneamente a ciò si è assistito a una notevole diminuzione delle risorse pubbliche per le politiche sociali. Le dinamiche demografiche, sopra descritte, hanno determinato e stanno determinando la necessità di concentrare l’attenzione sull’invecchiamento della popolazione, sul fenomeno della precarietà non solo dei più giovani ma anche della fascia di popolazione con età superiore ai 40 anni. Inoltre, come del resto in tutta Italia, si assiste alla tendenza di avere più famiglie composte da una sola persona, da una tendenza, anche se nella regione Umbria è più contenuta, alla disgregazione delle reti familiari. Un dato importante che va a influire sul contesto sociale è quello relativo al tasso di disoccupazione (15+ anni). In Umbria per gli anni 2019 – 2020 varia tra l’8,5% e l’8,2% e in particolare nell’anno 2020 ha mostrato un trend altalenante – come del resto nel centro Italia e più in generale nel dato globale italiano – infatti nel 2° trimestre 2020 si è avuto un valore di 5,9% per poi risalire nei trimestri successivi sopra l’8% (dato nazionale 9,2%). Questa riduzione rispetto all’anno 2019, rappresenta il livello più basso dal 2013, complice anche l’aumento della popolazione inattiva in conseguenza della pandemia. Il tasso di disoccupazione giovanile (15 – 24 anni) si attesta nel 2020 al 27,2% (nel 2019 era di 26,6%); questo dato seppur più basso rispetto a quello nazionale (29,4%) si mantiene a un livello elevato. Questi dati insieme ad altri fenomeni contribuisce a condizionare il contesto sociale, l’emigrazione, sia intra che extra regionale, sino ad arrivare a problematiche che vanno a influenzare i bisogni della popolazione. Nonostante gli accadimenti degli ultimi anni (in Umbria non va mai dimenticato il terremoto del 2016), l’indagine campionaria multiscopo condotta dall’ISTAT sugli aspetti della vita quotidiana, con cui si rilevano informazioni fondamentali relative alla vita quotidiana degli individui e delle famiglie, mostra come in Umbria le persone che

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 12 di 69

esprimono un giudizio tra il 9 e 10 sulla propria soddisfazione per la vita nel complesso siano il 16,8% mentre nel 2020 questa percentuale si abbassa al 14,9% (comunque maggiori ai valori italiani complessivi e delle regioni dell’Italia centrale).

In Umbria si sta assistendo, sin dal 2013, a un calo della popolazione e a un suo progressivo invecchiamento: ciò presuppone non solamente una nuova richiesta di bisogni socio – sanitari, ma anche una nuova risposta a essi. Nel settennio 2012 – 2018 le malattie del sistema cardiocircolatorio, le demenze e i tumori maligni del polmone (causa maggiore di morte oncologica) rappresentano le cause di morte più frequenti per la popolazione maschile. Per quanto concerne quella femminile, sul fronte oncologico il maggior numero di decessi si registra per il tumore maligno del seno. Nello stesso periodo sono aumentate le malattie croniche respiratorie, le malattie infettive e parassitarie che hanno superato i tumori del pancreas ed i tumori maligni dello stomaco. In aumento anche i decessi causati da influenza e polmonite. Tra le regioni italiane l’Umbria è tra quelle con una mortalità evitabile (decessi che avvengono in determinate età e per cause che potrebbero essere attivamente contrastate con interventi di prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapia, igiene e assistenza sanitaria), in particolare per i maschi. La causa di morte con maggiore frequenza è quella legata alle patologie cardiovascolari, infatti poco meno del 40% della popolazione umbra, con un’età compresa tra i 18 e i 69 anni ha almeno tre fattori di rischio di tipo cardiovascolare. In Umbria si registrano, per il 2019, circa 6.400 nuove diagnosi di tumore maligno. Le sedi più frequenti nei maschi sono prostata, polmone, colon-retto; nelle donne mammella, colon-retto, polmone. Si assiste, negli uomini, a un notevole calo, tra i più consistenti a livello nazionale, dell’incidenza dei tumori del colon-retto dovuto, molto probabilmente, all’introduzione dello screening a livello regionale. Viceversa, nelle donne, si osserva un trend in aumento per incidenza e mortalità per il tumore del polmone particolarmente significativo.

In Umbria, nel 2019, il tasso di infortunio standardizzato in base alla popolazione è di 19 infortuni sul lavoro ogni 1.000 addetti e questo dato la pone tra le regioni con il più alto tasso, anche se l’indice di gravità (% di infortuni con postumi permanenti e mortali sul totale degli infortuni accaduti), pari al 19%, pone l’Umbria in una posizione di mezzo tra tutte le regioni italiane. I settori con il maggior numero di infortuni mortali sono agricoltura ed edilizia. Nell’ultimo triennio la percentuale di infortuni con postumi si va riducendo. Un altro dato importante da rappresentare e che comunque va a influire sulle risposte sanitarie da dare alla popolazione è quello relativo all’obesità e al sovrappeso, infatti un bambino su tre e tre anziani su cinque registrano un eccesso ponderale, anche

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 13 di 69

se il trend, in particolare nei bambini, è in decremento. Nelle righe precedenti si è detto come il tumore maligno al polmone rappresenti una delle maggiori cause di morte in Umbria e le stesse malattie dell'apparato respiratorio siano tra le patologie più frequenti per gli umbri e sicuramente a tutto ciò contribuisce l'alta, la maggiore in Italia, prevalenza di fumatori nella classe di età 18 – 69 anni (25%). Il trend in Umbria è stabile ma in controtendenza con quello nazionale il cui dato è invece in riduzione. Un'altra problematica non proprio emergente ma che rappresenta un punto importante nella salute degli umbri e nella risposta che il sistema socio – sanitario deve dare, è quella dell'abuso di alcool, che in Umbria risulta essere più alto della media nazionale. A tutto ciò si è aggiunta l'emergenza pandemica SarsCov2. L'anno 2021, come il precedente, è stato caratterizzato dall'emergenza COVID-19 con alcune differenze significative rispetto all'anno 2020: l'inizio della campagna vaccinale, la quale ha portato i risultati sperati, ma anche la comparsa di altre varianti più contagiose e che hanno così allontanato il ritorno a una situazione di normalità. Il bollettino della Protezione Civile segnala come al 31/12/2021 in Umbria avevano contratto il virus 88.842 cittadini con un numero di decessi pari a 1.504. I guariti ammontavano a 67.935. L'Umbria, come del resto tutto il pianeta, è stata interessata nel 2021 dalla comparsa delle varianti Alfa, Gamma, Delta e Omicron: quest'ultima ha registrato valori mai raggiunti in precedenza (tasso di incidenza superiore a 2.000 casi per 100.000 abitanti). L'impennata del tasso di incidenza ha avuto inizio da Dicembre 2021. In queste varie fasi epidemiche, la diffusione del virus in Umbria è simile a quella del resto di Italia, a eccezione dei primi tre mesi dell'anno in cui la variante Gamma si è diffusa più precocemente.

Le risorse umane dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, ospedalieri e universitari in convenzione, al 31/12/2021 ammontavano a 3.018 unità, 2.834 ospedalieri (94,0%) e 184 universitari (6,0%). Il 78% del totale afferisce al comparto (2.344 unità) mentre il restante 22% (674 unità) alla dirigenza; in tabella 1 viene rappresentata la distribuzione del personale per ruolo, sia tra gli ospedalieri che negli universitari. Il 91,2% del personale ospedaliero ha un contratto a tempo indeterminato (lo 0,7% è part – time), l'8,4% è a tempo determinato e il restante 0,3% ha un'altra tipologia di contratto.



**CONTESTO INTERNO**

**Tabella 1. Risorse umane Azienda Ospedaliera di Perugia al 31/12/2021**

<b>RUOLO</b>	<b>OSPEDALIERI</b>	<b>UNIVERSITARI</b>	<b>TOTALE</b>
DIRIGENZA MEDICA	500	103	603
DIRIGENZA SANITARIA	49	13	62
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	6		6
DIRIGENZA PROFESSIONALE	2	1	3
COMPARTO SANITARIO	1.348	5	1.353
COMPARTO TECNICO	762	34	796
COMPARTO AMMINISTRATIVO	163	28	191
COMPARTO PROFESSIONALE	4		4
<b>TOTALE</b>	<b>2.834</b>	<b>184</b>	<b>3.018</b>

**Tabella 1. Attività dell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Anni 2019 – 2021**

<b>ATTIVITA' DI RICOVERO</b>	<b>ANNO 2019</b>	<b>ANNO 2020</b>	<b>ANNO 2021</b>
Posti Letto Medi Ordinari (con culle)	759,1	725,5	704,91
Ricoveri (Ammessi, Dimessi, Trasferiti)	34.674	31.083	32.766
Giornate di degenza dimessi	240.708	218.083	226.302
Dimessi (Totale SDO)	31.036	26.360	28.145
Numero parti	1.861	1.791	1.887
Trapianti	134	142	167
Posti Letto Medi Day Hospital-Day Surgery	50,5	38,5	48,92
Dimessi Day Hospital/Day Surgery	5.631	3.872	5.109
<b>ATTIVITA' DI TRIAGE</b>	<b>ANNO 2019</b>	<b>ANNO 2020</b>	<b>ANNO 2021</b>
Codici Rossi	1.465	1.309	1.510
Codici Gialli	10.149	8.747	8.768
Codici Verdi	40.281	27.716	31.204
Codici Bianchi	5.784	2.674	3.882
Ex urgenze da reparto	1.876	788	670
Totale Triage	59.555	41.234	46.034



<b>PRESTAZIONI AMBULATORIALI</b>	<b>ANNO 2019</b>	<b>ANNO 2020</b>	<b>ANNO 2021</b>
Esterni	3.393.475	2.711.139	3.091.280
Interni	2.798.691	2.704.947	

## CONTESTO ESTERNO

L'Italia, secondo l'analisi di Transparency International, in un anno ha scalato dieci posizioni nella classifica dei dati dell'Indice della percezione della corruzione riferito al 2021: si trova infatti al 42° posto su una classifica di 180 paesi, mentre l'anno precedente occupava il 52° posto.

## INDICE DI PERCEZIONE DELLA CORRUZIONE 2021

PER L'ITALIA +14 DAL 2012 AL 2021



[www.transparency.it/indice-percezione-corruzione](http://www.transparency.it/indice-percezione-corruzione)

#cpi2021

This work from Transparency International (2021) is licensed under CC BY-ND 4.0

L'indice di Percezione della Corruzione (CPI) di Transparency International misura la percezione della corruzione nel settore pubblico e nella politica in numerosi Paesi di tutto il mondo, basandosi sull'opinione di esperti e assegnando una valutazione che va da 0, per i Paesi ritenuti molto corrotti, a 100, per quelli “puliti”: il punteggio dell'Italia nel 2021 è 56, ben tre punti in più rispetto al 2020. L'andamento è positivo dal 2012 ed in dieci anni l'Italia ha guadagnato 14 punti.

La media dei paesi dell'Europa occidentale è di 66 punti. I paesi meno corrotti del mondo secondo l'indice di Transparency International sono la Danimarca, la Finlandia e la Nuova Zelanda con 88 punti. I più corrotti Marocco, Guyana, Colombia, Etiopia e Kosovo con 39 punti.

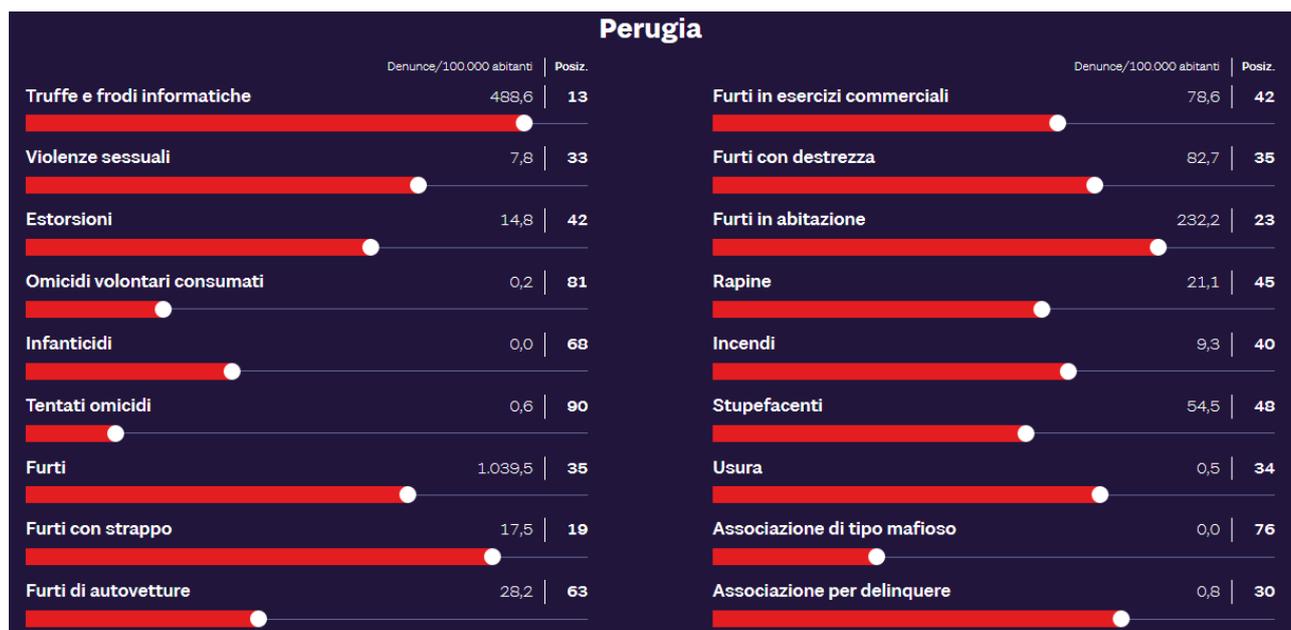


Il miglioramento dell’Italia è avvenuto nonostante i rischi corruttivi legati all’incremento della spesa pubblica per il COVID19. Transparency International mette in risalto come la corruzione si configuri come una minaccia per una risposta equa alla pandemia, o più in generale ad altre crisi, mettendo in risalto come la necessità di trasparenza e misure anti corruzione sono pilastri fondamentali di fronte a situazioni emergenziali.

Per analizzare nel dettaglio il contesto esterno con dati rilevati direttamente nella nostra regione, si è fatto riferimento al lavoro svolto da “Il Sole 24 Ore”, che ha preso in considerazione una serie di reati quali furti, rapine, tentati omicidi, infanticidi ecc. per calcolare l’indice di criminalità per ogni singola provincia italiana e ha pubblicato la classifica relativa al 2021 che vede in testa Milano, Bologna, Rimini e Prato, mentre in fondo ci sono Benevento, Pordenone e Oristano.

In Umbria nell’anno 2021 le denunce complessive risultano essere 19.759 contro le 23.657 rispetto allo stesso periodo dell’anno precedente nella provincia di Perugia e 5.644 contro le 6.679 rispetto allo stesso periodo dell’anno precedente nella provincia di Terni per un totale di 30.356 (praticamente costanti rispetto all’anno precedente) con Perugia al 34° posto e Terni, più indietro, al 71° nella classifica annuale.

### Dati Provincia di Perugia



	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b><i>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</i></b>		Pagina 17 di 69

Dal confronto dei dati degli ultimi due anni risulta evidente come anche in Umbria i reati siano in forte crescita e le nuove minacce sono costituiti dalle truffe e frodi informatiche sia a privati che ad aziende pubbliche con particolare attenzione a quelle maggiormente esposte operanti nel settore sanitario.

La cybersicurezza è un settore sicuramente da rafforzare, in particolare alla luce degli ultimi e clamorosi attacchi hacker avvenuti anche in Umbria – sotto forma di ransomware che criptano i dati e i sistemi delle aziende, con richiesta di pagamento di un riscatto – che stanno rappresentando una minaccia molto seria alla sicurezza dei dati.

	<p style="text-align: center;"><b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b></p>	<p style="text-align: center;">PIAO_AzOsp</p>
<p style="text-align: center;"><b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b></p>		<p style="text-align: center;">Pagina 18 di 69</p>

## **2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE**

### **2.1. Valore pubblico**

Fermo restando quanto esplicitato in premessa del presente documento relativamente alle modifiche organizzative in atto e future che interverranno su questa Azienda, alcuni principi cardine non potranno che essere ribaditi e rinvigoriti.

La *vision* e la *mission* dell’Azienda stessa potranno, invece, essere via via rimodulate in funzione degli obiettivi strategici che verranno forniti dalla Regione e dall’applicazione delle norme programmatiche nazionali e regionali.

Il principio cardine che deve guidare l’Azienda è quello del concetto di salute proprio dell’OMS e cioè che: «La salute è uno stato dinamico di completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale, non mera assenza di malattia.»

A ciò si aggiunga la frontiera del cosiddetto “Global Health” che pone particolare attenzione all’analisi dello stato di salute e dei bisogni reali della popolazione mondiale, e alle influenze che su di essi esercitano i determinanti socio-economici, politici, demografici, giuridici ed ambientali, esplicitando le interconnessioni tra globalizzazione e salute in termini di equità, diritti umani, sostenibilità, diplomazia e collaborazioni internazionali.

L’Azienda Ospedaliera di Perugia intende perseguire ed implementare il benessere della popolazione nonché promuovere un processo di equità sociale nelle cure, attraverso l’esercizio e l’implementazione di alcune funzioni:

Sotto l’aspetto assistenziale, l’ Azienda è orientata sia alla gestione delle patologie ad alta complessità attraverso l’utilizzo di un approccio multidisciplinare ed il coinvolgimento di tutti gli operatori, sia alla definizione ed applicazione di modelli e linee guida per il miglioramento dei percorsi diagnostico terapeutici, garantendo la continuità nell’ emergenza-urgenza delle prestazioni diagnostico-terapeutiche e delle prestazioni di supporto nell’ ambito dell’ eccellenza.

L’ Azienda è sede di tutti i livelli dell’organizzazione formativa, ovvero Corsi di Laurea in professioni sanitarie, Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, Scuole di Specializzazione, Dottorati

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 19 di 69

di Ricerca, Formazione continua degli operatori sanitari successiva all’abilitazione professionale, anche nell’ottica dell’adempimento dell’Educazione Medica Continua prevista dal Ministero della Sanità;

La ricerca viene svolta sia dal personale universitario in convenzione sia dal personale ospedaliero, dando particolare importanza alla ricerca traslazionale.

Il servizio erogato dall’Azienda si caratterizza per l’impegno all’umanizzazione di ogni fase dell’iter assistenziale, attraverso la ricerca e la promozione di tutte le modalità operative volte a garantire un “buon servizio” ai cittadini ed al “benessere organizzativo” dei lavoratori .

Nello svolgimento della propria attività istituzionale l’Azienda si ispira ai principi costituzionalmente sanciti e tutelati, volti a garantire il godimento dei diritti della persona.

In particolare si uniforma ai principi sull’erogazione dei servizi pubblici individuati dal D.P.C.M del 27.01.1994.

I servizi sono erogati secondo regole uguali per tutti. Questo principio è inteso come uguaglianza dei diritti degli utenti, cioè, non solo come diritto all’ uniformità delle prestazioni, bensì come divieto di discriminazioni nell’ erogazione dei servizi stessi, attivando tutte le modalità che consentano di tutelare esigenze particolari e categorie di “utenti più deboli”.

Principio strettamente riconducibile a quello di uguaglianza, vincola infatti i singoli soggetti erogatori del servizio pubblico a comportamenti e atteggiamenti che garantiscano l’uguaglianza fra gli utenti, evitando trattamenti discriminanti nei confronti degli stessi.

I servizi devono essere erogati secondo criteri di obiettività, giustizia, trasparenza e imparzialità.

I servizi sono erogati con continuità, regolarità e senza interruzioni. Questo principio è inteso come regolarità nell’ erogazione delle prestazioni e dei servizi: l’Azienda si impegna alla tempestiva comunicazione di eventuali situazioni di funzionamento discontinuo ed irregolare del servizio o di singoli settori, attivando tutte le misure possibili, volte a contenere il disagio degli utenti.

Oltre a ribadire il valore della partecipazione degli utenti, tramite le organizzazioni di volontariato e tutela, si sottolinea l’ impegno dell’ Azienda a promuovere il coinvolgimento diretto

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 20 di 69

dei singoli cittadini sia attraverso informazioni adeguate e tempestive circa le prestazioni erogate, sia tutelando la possibilità di esprimere il proprio giudizio con questionari di gradimento, fornire suggerimenti e inoltrare reclami circa eventuali disservizi, tramite l’ Ufficio Relazioni con il Pubblico. E’ intenzione dell’Azienda promuovere un tavolo permanente con le organizzazioni del terzo settore al fine di stabilire un canale di comunicazione continuo.

L’ Azienda Ospedaliera salvaguardia i principi di efficacia ed efficienza nell’erogazione di servizi e prestazioni rispondenti alle reali necessità dell’ utenza e finalizzati a garantire un ottimale rapporto tra risorse impiegate e attività svolte e risultati ottenuti.

L’azione che l’Azienda Ospedaliera di Perugia si propone di realizzare nel prossimo triennio nell’ambito delle funzioni e principi ai quali si ispira deve pertanto tenere prioritariamente in evidenza:

- l’implementazione dell’informatizzazione di percorsi e procedure, sia interne (dell’organizzazione) sia esterne (rivolte agli utenti);
- riorganizzazione interna con particolare attenzione alla riduzione degli sprechi, alla ottimizzazione dei consumi, alla sana alimentazione, al miglioramento dei consumi energetici;
- promozione e valorizzazione delle competenze umane con individuazione di percorsi di formazione e declinazione delle skill occorrenti per l’erogazione di un servizio efficace ed efficiente.

	<p style="text-align: center;"><b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b></p>	<p style="text-align: center;">PIAO_AzOsp</p>
<p style="text-align: center;"><b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b></p>		<p style="text-align: center;">Pagina 21 di 69</p>

## **2.2. Performance**

Il Piano della Performance 2022 – 2024 dell’Azienda Ospedaliera di Perugia, adottato ai sensi del **Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n. 150** e s.m.i. è un **documento programmatico** all’interno del quale, in conformità alle risorse assegnate, nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, **l’Azienda Ospedaliera di Perugia declina su base triennale obiettivi, indicatori e risultati attesi per la gestione delle attività** , sui quali basa la misurazione, la valutazione e la rendicontazione annuale del proprio operato.

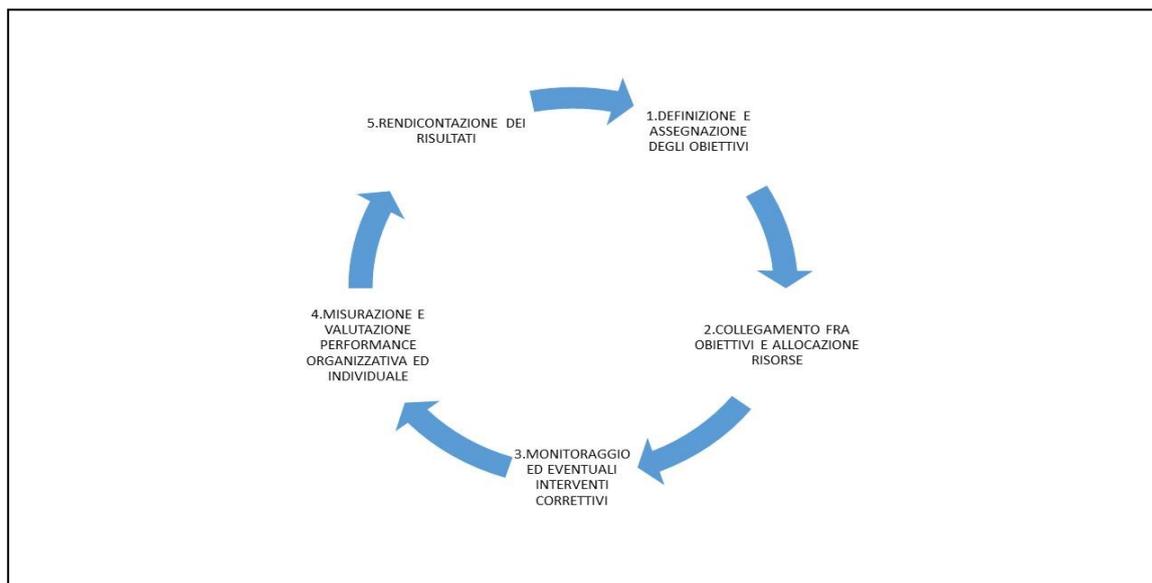
Essendo un atto di programmazione pluriennale, il piano è **modificabile con cadenza annuale** in relazione a:

- Obiettivi strategici ed operativi definiti in sede di programmazione annuale;
- Modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento;
- Modifica della struttura organizzativa e/o delle modalità di organizzazione e funzionamento dell’azienda.

Scopo principale del Piano delle Performance è di **rendere partecipe** la comunità delle linee strategiche e dei principali obiettivi che l’Ospedale si è prefissato di raggiungere nel triennio 2021-2023, garantendo massima trasparenza ed ampia diffusione verso gli operatori, cittadini, utenti e gli stakeholders.

Il Piano si raccorda con il **Piano Triennale Anticorruzione e Trasparenza**, essendo le misure previste da questo documento programmatico, parti integranti del Piano delle performance e soprattutto degli obiettivi strategici aziendali.

Il piano delle performance dà l’avvio al ciclo delle performance:



Nel recente D.Lgs n. **74/2017** sono stati evidenziati alcuni punti di attenzione sulla redazione del piano della performance, quali:

- a) riallineamento temporale del ciclo della performance con il ciclo di programmazione economico – finanziaria e con quello della programmazione strategica;
- b) innalzamento del valore della programmazione e della centralità della performance organizzativa;
- c) maggiore visibilità ai risultati conseguiti nell’anno o negli anni precedenti;
- d) flessibilità sul grado di copertura del piano della performance.

L’elaborazione del Piano della Performance è effettuata in conformità alle prescrizioni ed agli indirizzi forniti dall’Autorità Nazionale Anticorruzione, sviluppa le linee di indirizzo strategiche e programmatiche dell’Azienda Ospedaliera di Perugia.

Il Piano della Performance è uno strumento che permette di definire e rendicontare, attraverso una rappresentazione comprensibile agli stakeholder, la performance aziendale. Uno dei suoi scopi è rendere noto ai cittadini, principali stakeholder, gli obiettivi che l’Azienda tende perseguire, declinando anche le azioni che intende attuare per il raggiungimento di essi.





**Tabella 1. Volumi di Attività Azienda Ospedaliera di Perugia Programma Nazionale Esiti Edizione 2021 – SDO 2020.**

<b>INDICATORE</b>	<b>N</b>
Adenoidectomia senza tonsillectomia: volume di ricoveri in età pediatrica	18
AIDS: volume di ricoveri	7
Aneurisma aorta addominale non rotto: volume di ricoveri	105
Aneurisma aorta addominale rotto: volume di ricoveri	7
Aneurisma cerebrale NON rotto: volume di ricoveri	54
Aneurisma cerebrale rotto: volume di ricoveri	18
Appendicectomia laparoscopica: volume di ricoveri in età pediatrica	20
Appendicectomia laparotomica: volume di ricoveri in età pediatrica	31
Arteriopatie (II - IV stadio): volumi di interventi	234
Artroscopia di ginocchio: volume di ricoveri	188
BPCO: volume di ricoveri in day hospital	1
BPCO: volume di ricoveri ordinari	247
Bypass aortocoronarico: volume di ricoveri	59
Colecistectomia laparoscopica in regime day surgery: volume di ricoveri	35
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: volume di ricoveri	177
Colecistectomia laparoscopica: volume di ricoveri	188
Colecistectomia laparotomica: volume di ricoveri	67
Colecistectomia totale: volume di ricoveri	255
Emorragia sub aracnoidea: volume di ricoveri	46
Frattura del collo del femore: volume di ricoveri	627

**Tabella 1. Volumi di Attività Azienda Ospedaliera di Perugia Programma Nazionale Esiti Edizione 2021 – SDO 2020 (segue).**

<b>INDICATORE</b>	<b>N</b>
Frattura del collo del femore: volume di ricoveri chirurgici	588
Frattura della Tibia e Perone: volume di ricoveri	78
Ictus ischemico: volume di ricoveri	432
IMA a sede non specificata: volume di ricoveri	39
IMA: volume di ricoveri	662
Interventi cardiocirurgici in età pediatrica: volume di ricoveri	1
Intervento chirurgico di legatura o stripping di vene: volume di ricoveri	11
Intervento chirurgico per impianto cocleare: volume di ricoveri	4
Intervento chirurgico per seni paranasali: volume di ricoveri	33
Intervento chirurgico per T cerebrale: volume di craniotomie	65
Intervento chirurgico per TM cavo orale: volume di ricoveri	9
Intervento chirurgico per TM colecisti: volume di ricoveri	1
Intervento chirurgico per TM colon: interventi in laparoscopia	20
Intervento chirurgico per TM colon: volume di ricoveri	111



Intervento chirurgico per TM esofago: volume di ricoveri	7
Intervento chirurgico per TM fegato: volume di ricoveri	33
Intervento chirurgico per TM laringe (open ed endoscopico): volume di ricoveri	18
Intervento chirurgico per TM laringe: volume di ricoveri	13
Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri	259
Intervento chirurgico per TM ovaio: volume di ricoveri	14
Intervento chirurgico per TM pancreas: volume di ricoveri	4
Intervento chirurgico per TM polmone: volume di ricoveri	108
Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri	54
Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri per prostatectomia radicale	53
Intervento chirurgico per TM rene: volume di ricoveri	39
Intervento chirurgico per TM retto: interventi in laparoscopia	4
Intervento chirurgico per TM retto: volume di ricoveri	8
Intervento chirurgico per TM stomaco: volume di ricoveri	41
Intervento chirurgico per TM tiroide: volume di ricoveri	56
Intervento chirurgico per TM utero: volume di ricoveri	45
Intervento chirurgico per TM vescica: volume di ricoveri	26
Intervento chirurgico sull'orecchio medio: volume di ricoveri	88
Intervento di protesi di anca: volume di ricoveri	271
Intervento di protesi di ginocchio: volume di ricoveri	56
Intervento di protesi di spalla: volume di ricoveri	19
Isterectomia: volume di ricoveri	142
N-STEMI: volume di ricoveri	282
Parti con taglio cesareo: volume di ricoveri	484
Parti: volume di ricoveri	1.801
Prostatectomia: volume di ricoveri	36
PTCA eseguita per condizione diverse dall'Infarto Miocardico Acuto	267
PTCA in pazienti NSTEMI: volume di ricoveri	220
PTCA in pazienti STEMI: volume di ricoveri	299
PTCA: volume di ricoveri con almeno un intervento di angioplastica	795
Rivascolarizzazione arti inferiori: volume di ricoveri	103
Rivascolarizzazione carotidea: endarterectomia	103

**Tabella 1. Volumi di Attività Azienda Ospedaliera di Perugia Programma Nazionale Esiti Edizione 2021 – SDO 2020 (segue).**

<b>INDICATORE</b>	<b>N</b>
Rivascolarizzazione carotidea: stenting e angioplastica	72
Rivascolarizzazione carotidea: volume di ricoveri	174
Scompenso cardiaco congestizio: volume di ricoveri	512
Scompenso cardiaco: volume di ricoveri	672
STEMI: volume di ricoveri	341
Tonsillectomia con adenoidectomia: volume di ricoveri in età pediatrica	7
Tonsillectomia: volume di ricoveri	12
Tonsillectomia: volume di ricoveri in età pediatrica	8

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 26 di 69

Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: volume di ricoveri	163
Volume di ricoveri per embolia polmonare	188
Volume di ricoveri per trombosi venose profonde degli arti	143

**Tabella 2. Tempi di Attesa e Degenza Post Operatoria Azienda Ospedaliera di Perugia Programma Nazionale Esiti Edizione 2021 – SDO 2020 (segue).**

INDICATORE	N	% INTERV	MEDIAN A GREZZA	MEDIAN A ADJ
Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	55		5	5
Intervento chirurgico per TM colon in laparoscopia: degenza postoperatoria	18		8	-

**Tabella 3. Indicatori di Processo ed Esito Azienda Ospedaliera di Perugia Programma Nazionale Esiti Edizione 2021 – SDO 2020.**

INDICATORE	N	%	%	RR	P
Colecistectomia laparoscopica in regime di day surgery: complicanze a 30 giorni	77	5.2	5.7	5.72	0
Colecistectomia laparoscopica in regime di day surgery: altro intervento a 30 giorni	77	1.3	-	-	-
Infarto Miocardico Acuto: mortalità 30 giorni	507	6.31	6.11	0.74	0.1
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità 30 giorni	409	4.89	4.52	0.4	0
Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni ospedaliere a 30gg	333	12.61	12.87	0.96	0.793
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery	113	15.04	12.49	0.54	0.009
Parto vaginale: ricoveri successivi durante il puerperio	2.468	0.57	0.58	1	1
Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni	44	0	-	-	-
Ictus ischemico: mortalità 30 giorni	325	5.23	4.43	0.4	0
Ictus ischemico: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	312	9.94	9.8	1.35	0.081
BPCO riacutizzata: mortalità 30 giorni	188	13.83	13.79	1.08	0.684
Infarto Miocardico Acuto: mortalità 30 giorni (diagnosi principale)	482	4.98	4.74	0.63	0.029



Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	126	73.02	73.04	0.93	0.19
Intervento chirurgico per TM rene: mortalità 30 giorni	105	0.95	0.83	0.93	0.945
Intervento chirurgico per TM pancreas: mortalità 30 giorni	23	8.7	-	-	-
Intervento chirurgico per TM fegato: mortalità 30 giorni	86	0	-	-	-

**Tabella 3. Indicatori di Processo ed Esito Azienda Ospedaliera di Perugia Programma Nazionale Esiti Edizione 2021 – SDO 2020. (segue).**

INDICATORE	N	%	%	RR	P
BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	167	13.77	12.85	1.05	0.801
Taglio cesareo: ricoveri successivi durante il puerperio	846	0.47	0.46	0.5	0.164
Intervento di appendicectomia laparoscopica in età pediatrica: riammissioni a 30 giorni	17	5.88	-	-	-
Intervento di appendicectomia laparotomica in età pediatrica: riammissioni a 30 giorni	29	3.45	2.8	0.74	0.768
Arteriopatia III e IV stadio: amputazione degli arti inferiori entro 6 mesi dal ricovero	41	7.32	9.06	1.88	0.256
Arteriopatia III e IV stadio: rivascularizzazione degli arti inferiori entro 6 mesi dal ricovero	41	17.07	18.38	1.1	0.775
Arteriopatia III e IV stadio: mortalità entro 6 mesi dal ricovero	47	12.77	12.26	0.82	0.657
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni	325	3.69	3.88	1.77	0.393
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità 30 giorni dall'intervento di craniotomia	221	2.72	2.16	0.79	0.576
Insufficienza renale cronica: mortalità 30 giorni dal ricovero	711	14.63	12.34	0.83	0.062
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	138	7.25	7.37	1.19	0.576
Proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella - Con nuove variabili	66	63.64	76.11	1.48	0
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella - Con nuove variabili	135	7.41	7.68	1.32	0.369
Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo	197	21.32	19.29	1.83	0

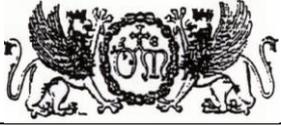


Proporzione di parti con taglio cesareo primario	1.414	19.38	17.59	0.78	0
Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni	481	5.2	3.86	0.61	0.017

**Tabella 3. Indicatori di Processo ed Esito Azienda Ospedaliera di Perugia Programma Nazionale Esiti Edizione 2021 – SDO 2020. (segue).**

INDICATORE	N	%	%	RR	P
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	524	64.5	65.27	1.01	0.741
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	209	0.48	0.49	0.28	0.205
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	307	1.3	1.61	1.48	0.44
Intervento di artroscopia del ginocchio: reintervento entro 6 mesi	387	0.78	0.72	0.76	0.633
Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	194	6.19	4.39	1.1	0.75
Intervento di protesi di anca: revisione entro 2 anni dall'intervento	271	2.21	2.29	1.23	0.607
Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	33	0	-	-	-
Intervento di protesi di ginocchio: revisione entro 2 anni dall'intervento	101	2.97	3.09	1.19	0.763
Intervento di protesi di spalla: riammissioni a 30 giorni	43	4.65	4.41	2.26	0.245
Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni	507	61.14	59.45	1.13	0.002
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	113	7.96	5.4	0.98	0.944
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	236	6.36	4.6	1.07	0.81
Intervento chirurgico per TM retto: mortalità a 30 giorni	37	0	-	-	-
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a un anno	560	6.61	7.07	0.77	0.133
Infarto Miocardico Acuto: MACCE a un anno	560	14.64	15.75	0.84	0.094
By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni	122	1.64	2.07	1.12	0.872

Una gestione aziendale efficace, efficiente e sostenibile richiede il potenziamento delle procedure del Controllo di Gestione con un'implementazione in progress del processo di budget e

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 29 di 69

l’introduzione di sistemi operativi di “governo clinico”. Si rende indispensabile, assicurare strumenti gestionali atti a sviluppare le azioni necessarie per costruire un’ organizzazione flessibile in grado di garantire la pronta e tempestiva adozione delle continue innovazioni organizzative e gestionali del Sistema Sanitario Regionale. Il processo di budgeting non è solamente la tappa che annualmente definisce gli obiettivi che ogni struttura deve perseguire, ma anche il momento dei “patti chiari” tra il top management e le sue articolazioni e in questa occasione si innesca una fase di negoziazione – condivisione di obiettivi e risultati da raggiungere. Tale processo è sia di tipo top – down che bottom – up .

Il processo di budgeting rappresenta il momento formale in cui gli obiettivi individuati dalla Direzione Strategica vengono condivisi con le Strutture. Il budget è l’espressione formalizzata non solamente degli obiettivi, ma anche i programmi da attuare, quantificando anche quali possano essere gli effetti economico – patrimoniali delle azioni messe in campo, nel corso dell’esercizio, per il raggiungimento degli obiettivi. Il budget si compone delle seguenti fasi:

- Individuazione obiettivi strategici aziendali e specifici di struttura;
- Negoziazione obiettivi con le Strutture;
- Assegnazione obiettivi alle Strutture attraverso la scheda di budget;
- Monitoraggio trimestrale degli obiettivi;
- Valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Il processo di budgeting si attua a più livelli di responsabilità: dipartimenti, strutture semplici e strutture semplici dipartimentali.

Gli obiettivi sono relativi a: volumi di attività, appropriatezza, appropriatezza prescrittiva, recupero o miglioramento dell’attrazione extraregionale, potenziamento dell’offerta ambulatoriale per il recupero delle liste di attesa e sviluppo della sanità digitale. Gli obiettivi inseriti nelle schede di budget sono di tipo quantitativo, ovvero devono essere definiti, misurabili e confrontabili con uno standard di riferimento. Inoltre nel processo di budgeting oltre agli indicatori suddetti sono quantificate le risorse umane, i costi di consumi di beni sanitari, tecnologie presenti. Nel corso

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 30 di 69

dell'anno con l'implementazione della contabilità analitica potranno essere quantificati gli altri costi come personale, beni economici, pulizie, servizi ecc.

La Direzione Strategica sovrintende il processo di budgeting definendo gli obiettivi strategici, obiettivi specifici di struttura, definisce il piano della performance e infine approva il budget per tutte le articolazioni aziendali.

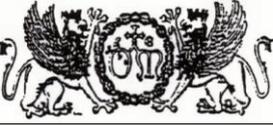
Il Comitato di Budget è un altro degli attori coinvolti nelle varie fasi del processo di budgeting. Il suo è un ruolo di supporto tecnico in tutte le fasi in cui si sviluppa il budget, ha la funzione di presiedere il processo di budgeting traducendo in obiettivi specifici le linee strategiche aziendali. Il Comitato di Budget definisce su mandato della Direzione Strategica gli obiettivi specifici e aziendali delle Strutture, definisce il calendario degli incontri di budget, approva le schede di budgeting in base alle proposte della Direzione Aziendale e delle Strutture, presiede alle riunioni di negoziazione del budget, valuta e ratifica il raggiungimento degli obiettivi sulla base della verifica fatta dal valutatore di prima istanza.

Il processo di budgeting è collegato al ciclo della performance che ha inizio con l'individuazione e la definizione degli obiettivi attraverso i quali si misura, valuta e rendiconta la performance. Esso si articola nelle seguenti fasi:

- Definizione obiettivi;
- Misurazione obiettivi (analisi degli scostamenti dei risultati dallo standard);
- Valutazione raggiungimento obiettivi;
- Rendicontazione obiettivi.

Il processo di budgeting è strettamente legato alla valutazione del personale: infatti essere valutati non solo consente di misurare in maniera oggettiva le capacità gestionali dei dirigenti, ma aiuta anche a misurare le loro capacità organizzative, direzionali e professionali. Lo scopo che l'Azienda Ospedaliera di Perugia persegue, attraverso l'utilizzo di strumenti di misurazione e valutazione della performance è migliorare la qualità dei servizi offerti e garantire la crescita delle competenze professionali attraverso la valorizzazione del merito.

L'Azienda Ospedaliera di Perugia adottando il Piano della Performance esplicita, attraverso questo strumento organizzativo – gestionale, i bisogni di salute della popolazione – cittadina, regionale e di fuori regione – chiarisce la propria missione, gli obiettivi e le strategie aziendali. Inoltre

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 31 di 69

rende noto anche il processo che seguito per l’identificazione di essi. Essendo, il Piano delle Performance, uno strumento di orientamento e guida dell’Azienda, deve essere fruibile non solamente agli utenti esterni (portatori di interesse a qualunque livello) ma anche per gli operatori interni. Infatti, se per i primi il Piano delle Performance deve essere uno strumento attraverso il quale l’Azienda Ospedaliera di Perugia delinea le strategie prioritarie, per i secondi – gli operatori interni – il Piano delle Performance determina le responsabilità di essi nel perseguimento degli obiettivi strategici aziendali.

La misurazione e valutazione della performance si esplicita a più livelli:

- istituzionale – regionale, attraverso il Piano Sanitario Regionale e le norme vigenti;
- aziendale, attraverso la pianificazione strategica che delinea gli obiettivi prettamente aziendali e facendo propri alcuni di quelli regionali ;

Successivamente si inserisce il livello operativo aziendale, che attraverso la programmazione annuale e il budget definisce gli obiettivi per le strutture, sia esse sanitarie che tecnico – amministrative.

Infine l’ultimo passaggio riguarda la misurazione della performance che si suddivide in due grandi aree:

- organizzativa: ossia il livello di performance ottenuto dall’Azienda Ospedaliera di Perugia, ossia dai singoli Dipartimenti, Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali, Strutture Semplici ed Uffici di Staff in cui essa si articola. Essa è valutata attraverso gli obiettivi assegnati alla struttura e inseriti nella scheda di budget;
- individuale: il livello di performance ottenuto da ogni singolo dipendente e che riguarda principalmente i comportamenti, valutato attraverso un questionario di autovalutazione che poi verrà a sua volta rivalutato dal valutatore.

Il sistema di valutazione del personale è stato introdotto nell’Azienda Ospedaliera di Perugia nel 2014 con le Deliberazioni del Direttore Generale n.68 e n.69 del 15 Gennaio 2014 con la definizione del processo e la metodologia di valutazione del personale della dirigenza e del comparto. Questo meccanismo di premialità ha dato l’avvio a un riconoscimento differenziato e finalizzato alla corresponsione degli incentivi nelle due componenti della performance: organizzativa e individuale. Per quest’ultima sono state redatte e adottate apposite schede di valutazione del personale. L’utilizzo di strumenti di pianificazione, programmazione e misurazione della performance, sia organizzativa

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 32 di 69

sia individuale, concorrono a promuovere il merito e il miglioramento delle performance, soprattutto se si utilizzano sistemi premianti di selezione atti a premiare e valorizzare i dipendenti, sia essi della dirigenza sia essi del comparto. A conclusione del processo valutativo annuale ogni dipendente accede alle quote premiali strettamente connesse sia alla performance organizzativa che individuale.

La performance organizzativa esprime il risultato che un'intera organizzazione, attraverso le sue singole articolazioni, consegue ai fini del raggiungimento di determinati obiettivi e del soddisfacimento dei bisogni dei cittadini. L'art. 8 de D. Lgs 150/2009 descrive la performance organizzativa come rappresentata dai seguenti elementi:

- Attuazione di politiche e conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni collettività;
- Attuazione di piani e programmi misurata attraverso l'effettivo grado di attuazione di essi, rispetto delle fasi e dei tempi previsti, confronto con standard qualitativi e quantitativi precedentemente stabiliti e del livello di assorbimento delle risorse;
- Rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e servizi, anche con l'utilizzo di sistemi interattivi;
- Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e le capacità nell'attuare programmi e piani;
- Sviluppo quali – quantitativo di relazione con gli stakeholders, anche attraverso forme di partecipazione collaborazione;
- Utilizzo efficiente delle risorse con particolare attenzione al contenimento e riduzione dei costi e all'ottimizzazione della tempistica dei procedimenti amministrativi;
- Qualità e quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- Perseguimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

Il processo di budgeting, attraverso lo strumento della scheda di budget, misura la performance organizzativa delle articolazioni aziendali; essa è valutata attraverso gli obiettivi assegnati alla singola articolazione. La performance organizzativa è il primo step del processo di valutazione del personale.

La performance individuale misura il contributo fornito da ciascun dipendente in termini di:

- Raggiungimento di obiettivi specifici di equipe o individuali;
- Qualità del contributo individuale che ogni elemento della equipe assicura alla unità organizzativa di appartenenza, attraverso le competenze dimostrate, i comportamenti professionali e organizzative e le proprie capacità relazionali;

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 33 di 69

- Capacità del valutatore nel differenziare le valutazioni del personale assegnato.

La scheda di autovalutazione è lo strumento attraverso cui viene valutata la performance individuale di ogni dipendente, che verrà poi rivalutata dal valutatore di prima istanza (Direttore di Struttura Complessa, Coordinatore, Incarico di Organizzazione).

### **ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE (O.I.V.)**

Il D. lgs n.150 del 27/10/2009 – in attuazione della Legge 04/03/2009 n.15 – agli articoli 14 e 14bis – prevede in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni che quest’ultime debbano di dotarsi di un Organismo Indipendente di Valutazione della Performance, per tutti gli adempimenti analiticamente descritti nei citati articoli, tra i quali il monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e della integrità dei controlli interni. L’O.I.V. è nominato dall’organo di indirizzo previa prova di selezione a cui possono partecipare i soggetti iscritti nell’elenco tenuto e aggiornato dal Dipartimento della Funzione Pubblica, dura in carica tre anni ed è rinnovabile una sola volta. L’O.I.V. monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso, anche formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi; valida la Relazione sulla performance a condizione che la stessa sia redatta in forma sintetica, chiara e di immediata comprensione ai cittadini e agli altri utenti finali; garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione con particolare riferimento alla significativa differenziazione dei giudizi nonché dell’utilizzo dei premi; propone, sulla base del sistema di misurazione e valutazione, all’organo di indirizzo politico-amministrativo, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l’attribuzione ad essi dei premi. L’O.I.V. è responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dal Dipartimento della funzione pubblica, supporta l’amministrazione sul piano metodologico e verifica la correttezza dei processi di misurazione, monitoraggio, valutazione e rendicontazione della performance organizzativa e individuale: in particolare formula un parere vincolante sull’aggiornamento annuale del Sistema di misurazione e valutazione. Promuove l’utilizzo da parte dell’amministrazione dei risultati derivanti dalle attività di valutazione esterna delle amministrazioni e dei relativi impatti ai fini della valutazione della performance organizzativa.

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 34 di 69

Gli obiettivi strategici aziendali in parte derivano dagli obiettivi definiti a livello nazionale, regionale e aziendale.

Per l'anno 2022 la scheda di budget è composta da:

**Scheda A:** Dotazione organica assegnata alla struttura suddivisa per figura professionale e inquadramento (ospedaliero tempo indeterminato, ospedaliero tempo determinato, universitario) e valorizzazione della produzione triennio 2019 – 2021.

**Scheda B:** Costi della struttura.

**Scheda C:** Obiettivi specifici di struttura.

**Scheda D:** Tecnologie in dotazione.



**Scheda A**



**Budget Anno 2022**

**Scheda A - Struttura**

Situazione al	Personale in dotazione organica			Totale
	Indeterminato	Determinato	Universitari	
Figure Professionali				
Medici				0
Infermieri				0
Oss				0
Amministrativo				0
<b>Totale Personale Struttura</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**Produzione**

Attività	Casi 2019	Casi 2020	Casi 2021	Produzione 2019	Produzion e 2020	Produzio ne 2021
Dimessi ordinari						
Dimessi DH/DS						
Attività ambulatoriale esterni						
Attività per interni						
Consulenze da Pronto Soccorso						
Prestazioni per ricoverati altri ospedali						
<b>Totale</b>				<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>



**Scheda B**



**Budget Anno 2022**

**Scheda B - Costi**

**Direttore:**

**Consumi Farmaci, Presidi, Diagnostici e Altro Materiali**

<b>Fattore Produttivo</b>	<b>Consumi 2019</b>	<b>Consumi 2020</b>	<b>Consumi 2021</b>	<b>Budget 2022</b>
Farmaci				
File F				
Presidi				
Diagnostici				
Altro Materiale				
<b>Totale</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

<b>Fattore Produttivo</b>	<b>Anno 2021</b>
Personale	
Beni Economali	
Pulizie	
Lavanolo	



**Scheda C**

 <b>Budget Anno 2022</b> <b>Scheda C – Obiettivi di Struttura</b>				
<b>Codice Obiettivo</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>INDICATORI DI MISURAZIONE</b>	<b>STANDARD</b>	<b>PESO</b>
01	Aumento della produzione dei ricoveri	Incremento della produzione per ricoveri rispetto a quella realizzata nell'anno 2021		
02	Potenziamento dell'offerta per il contenimento delle liste di attesa per specialistica ambulatoriale	Incremento della produzione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale rispetto a quella realizzata nell'anno 2021		
03	Migliorare l'appropriatezza e il percorso del ricovero	Ridurre la % di DRG ad alto rischio di inapproprietezza in regime ordinario (dimessi con DRG alto di rischio di inapproprietezza/DRG Totali*100)		
04	Migliorare l'appropriatezza e il percorso del ricovero chirurgico	Numero di dimessi totali chirurgici totali/Numero di dimessi totali		
05	Migliorare l'appropriatezza e il percorso del ricovero chirurgico	Numero dimessi da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione*100/Numero dimessi da Pronto Soccorso		
06	Favorire il processo di sviluppo della Sanità Digitale	% di lettere di dimissione trasmesse al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)/totali dei dimessi		
07	Migliorare l'informazione dell'utenza esterna	Aggiornare la pagina della struttura sul sito aziendale		



**AZIENDA OSPEDALIERA  
DI PERUGIA**

PIAO\_AzOsp

**“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)**

Pagina 38 di 69

### Scheda D



**Budget Anno 2022**

**Scheda D - Tecnologie**

 <i>Azienda Ospedaliera di Perugia</i>		<b>Budget Anno 2022</b>
		<b>Scheda D - Tecnologie</b>

	<p style="text-align: center;"><b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b></p>	<p style="text-align: center;">PIAO_AzOsp</p>
<p style="text-align: center;"><b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b></p>		<p style="text-align: center;">Pagina 39 di 69</p>

## **2.3. Rischi corruttivi e trasparenza**

### **Analisi del contesto esterno ed interno**

Per l’analisi del contesto esterno ed interno dell’Azienda Ospedaliera di Perugia si rinvia a quanto riportato nella sezione 1. “SCHEDE ANAGRAFICHE DELL’AMMINISTRAZIONE”.

### **Individuazione Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza**

L’Azienda, in considerazione del carattere complesso della sua organizzazione sanitaria ed amministrativa, stabilisce di individuare quali Referenti i Responsabili di tutte le Direzioni/Strutture Complesse (amministrative e sanitarie) aziendali, così come indicate nella sezione 1. “SCHEDE ANAGRAFICHE DELL’AMMINISTRAZIONE”.

**I Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza**, al fine di assicurare in modo diffuso e capillare le attività di controllo, di prevenzione e di contrasto alla corruzione e dell’illegalità all’interno dell’Azienda, collaborano con il Responsabile attraverso proposte, impartendo informazioni al personale assegnato, segnalando eventuali criticità, concorrono, in un contesto unitario e coerente, all’esatta osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza, curano, mediante un sistema a cascata, il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dipendenti delle Strutture cui sono preposti, in particolare quelli addetti alle aree a più elevato rischio di corruzione ed illegalità, all’attività di analisi e valutazione, nonché di proposta per implementare la sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO.

Oltre a quanto sopra, avanzano proposte per la rotazione del personale esposto a rischio, segnalano al RPCT ogni evento o dato utile per l’espletamento delle proprie funzioni.

Attraverso l’apporto dei Responsabili di tutte le Direzioni/Strutture Complesse si potranno individuare preventivamente eventuali disfunzioni per evitare che queste si verifichino in concreto.

Affinché tale apporto sia fattivo, è necessario rimuovere in termini culturali le resistenze che ANAC stessa ha rilevato, attraverso processi formativi ma anche attraverso soluzioni organizzative e procedurali che consentano una maggiore partecipazione in tutte le fasi di predisposizione della sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO, ciò anche al fine di consentire di individuare e definire le misure concrete e sostenibili per l’organizzazione.

Inoltre, al fine di approntare un efficace e concreto sistema di prevenzione della corruzione e dell’illegalità, i **Responsabili di tutte le Direzioni/Strutture Complesse (amministrative e sanitarie)** aziendali assicurano in via ordinaria il controllo di regolarità dei procedimenti e delle attività ascrivibili alla competenza delle Strutture cui sono rispettivamente preposti; il Responsabile della Prevenzione della Corruzione sovrintende alle strategie di contrasto della corruzione e dell’illegalità e quale Responsabile della Trasparenza sovrintende alle strategie finalizzate a garantire piena trasparenza e tesse alla concreta attuazione dell’ineludibile obiettivo di introdurre il contributo degli utenti esterni sullo svolgimento delle attività aziendali.

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 40 di 69

## **Consultazione pubblica in materia di trasparenza e anticorruzione**

Per stimolare il contributo degli utenti esterni, con avviso pubblicato sul sito internet aziendale a partire dal 14/01/2022, l’Azienda Ospedaliera di Perugia ha avviato una consultazione pubblica al fine di favorire la partecipazione da parte dei cittadini alle attività aziendali volte a garantire il rispetto dei principi di legalità, integrità e trasparenza e nell’ottica della predisposizione della sezione “RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA” del primo Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2022-2024.

Nell’avviso si è invitata la cittadinanza alla visione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023, pubblicato nell’apposita sezione di “Amministrazione Trasparente”, ed a far pervenire eventuali osservazioni e/o suggerimenti che possano promuovere e migliorare le iniziative dell’Azienda in materia di Anticorruzione e Trasparenza inviandole per posta elettronica al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ([rpct@ospedale.perugia.it](mailto:rpct@ospedale.perugia.it)).

### **Rischi corruttivi**

**La revisione del processo di gestione del rischio secondo le indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi di cui all’Allegato 1 al PNA 2019 ed agli “Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022” approvati dal Consiglio di ANAC il 02/02/2022.**

Il PNA 2019 ha introdotto nell’Allegato 1 indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi implicanti un’importante revisione del precedente sistema, che risulta ampiamente integrato e aggiornato, specialmente in riferimento alla fase della valutazione del rischio.

Per il dettaglio sulle indicazioni metodologiche previste per l’approccio alla gestione del rischio, si rinvia alla lettura integrale dell’Allegato 1 del PNA 2019. Nello specifico, se da un lato restano invariate le macro - fasi del processo di gestione del rischio, per ciascuna fase, tuttavia, vengono fornite indicazioni di metodo puntuali sulla loro realizzazione che tutte le amministrazioni, operando secondo il principio di gradualità nel tempo, sono tenute a rispettare per giungere a quelli che possiamo definire i 3 obiettivi del processo di gestione del rischio:

- Obiettivo **Macro fase 1. Analisi del contesto**: tale fase comprende sia l’analisi del contesto esterno, sia l’analisi del contesto interno, quest’ultima caratterizzata dalla mappatura completa e approfondita dei processi.
- Obiettivo **Macro fase 2. Valutazione del rischio**: consiste nell’effettuazione di un’analisi dei rischi corruttivi fondata su un approccio di tipo qualitativo, ossia fondata su valutazioni motivate dei soggetti coinvolti nel processo di analisi.
- Obiettivo **Macro fase 3. Trattamento del rischio**: mira a individuare misure idonee a prevenire il rischio corruttivo cui l’organizzazione è esposta e programmare tempi e modalità della loro attuazione.

Data la complessità dell’Azienda Ospedaliera di Perugia, determinata da una profonda eterogeneità delle attività e dei relativi processi che ne caratterizzano l’organizzazione, nell’ambito della quale partecipano a pieno titolo personale medico, sanitario, tecnico e amministrativo, per il quale vige una

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 41 di 69

diversa disciplina giuridica, la Direzione Strategica ha ritenuto imprescindibile, come tra l’altro suggerito da A.N.AC., il recepimento della metodologia indicata nell’Allegato 1 del PNA 2019, secondo un approccio graduale.

Sulla base di tale considerazione nella sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO 2022-2024 si è ritenuta prioritaria la revisione del processo di gestione del rischio corruzione secondo la nuova metodologia per:

- Area di rischio dei Contratti pubblici (ex Affidamento di lavori, servizi e forniture);
- Area di rischio Reclutamento personale a tempo determinato;
- Area di rischio Controlli verifiche, ispezioni e sanzioni sui servizi appaltati.

Al fine di individuare una mappatura spendibile anche in altri ambiti, oltre a quello di prevenzione della corruzione, le operazioni di cui sopra sono state poste in essere con il coinvolgimento dei responsabili delle strutture e con i componenti del Gruppo di lavoro per l’elaborazione del PIAO, che più da vicino si occupano del processo e delle varie fasi che lo contraddistinguono, traducendoli in schemi per ogni singola procedura.

**- Obiettivo strategico: “Revisione dei processi relativi all'area contratti pubblici (affidamenti di lavori, servizi e forniture)”**

A tale scopo è stato istituito il gruppo di lavoro trasversale che ha coinvolto le seguenti strutture:

- Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T.)
- Direzione Acquisti e Appalti

**- Obiettivo strategico: “Revisione dei processi relativi al reclutamento personale a tempo determinato”**

A tale scopo è stato istituito il gruppo di lavoro trasversale che ha coinvolto le seguenti strutture:

- Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T.)
- Direzione Personale

**- Obiettivo strategico: “Revisione dei processi relativi all'area Controlli verifiche, ispezioni e sanzioni sui servizi appaltati”**

A tale scopo è stato istituito il gruppo di lavoro trasversale che ha coinvolto le seguenti strutture:

- Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T.)
- Direzione Economato e Servizi Alberghieri

Di seguito viene descritta la metodologia applicata, alla luce delle modifiche dettate dall’ANAC, attraverso il PNA 2019.

	<p style="text-align: center;"><b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b></p>	<p style="text-align: center;">PIAO_AzOsp</p>
<p style="text-align: center;"><b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b></p>		<p style="text-align: center;">Pagina 42 di 69</p>

## MACRO FASE 1 - MAPPATURA DEI PROCESSI

La macro fase della “mappatura dei processi”, che rappresenta l’aspetto centrale della sotto fase dell’analisi del contesto interno, si articola nelle seguenti ulteriori tre fasi:

identificazione

descrizione

rappresentazione

Secondo quanto riportato nell’All. 1 del P.N.A. 2019: *“Un processo può essere definito come una sequenza di attività interrelate ed interagenti che trasformano delle risorse in un output destinato ad un soggetto interno o esterno all’amministrazione (utente)”*. Sempre l’allegato n.1 prevede che, per identificare i processi, è opportuno partire dall’analisi della documentazione esistente dell’organizzazione (organigramma, funzionigramma, catalogo dei procedimenti amministrativi, *job description* relative alle posizioni coinvolte nei processi, regolamenti, ecc.) al fine di effettuare una prima catalogazione, in macro-aggregati, dell’attività svolta. È consigliato, inoltre, effettuare delle analisi di benchmark relative a modelli di processi di altre Amministrazioni.

Tenuto conto di quanto sopra, per la fase relativa all’identificazione dei processi sono stati analizzati:

- le schede di mappatura del rischio corruzione approvate nell’ambito del precedente processo di gestione del rischio riferite ai precedenti PTPCT approvati dall’Azienda Ospedaliera di Perugia;
- il funzionigramma aziendale e le tabelle dei procedimenti amministrativi;
- la parte speciale del PNA 2015, dedicata ai contratti pubblici e le linee guida ANAC n. 15/2019 che individuano le fasi del processo di affidamento ritenute più “vulnerabili”;
- gli “Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022” approvati dal Consiglio di ANAC il 02/02/2022;
- i regolamenti interni aziendali sui temi oggetto di mappatura.

Tale attività ha permesso di formalizzare l’elenco dei processi delle Aree di rischio di riferimento.

Dopo averli identificati, al fine di comprenderne le modalità di svolgimento, i processi sono stati descritti attraverso le fasi e attività che li compongono e l’individuazione delle responsabilità e dei soggetti che intervengono nel processo.

Gli elementi descrittivi dei processi sono stati rappresentati in tabelle, quale forma più semplice e immediata. Nelle tabelle sono stati inseriti gli elementi strettamente funzionali allo svolgimento delle fasi successive del processo di gestione del rischio (valutazione e trattamento).

Le tabelle che ne sono derivate, sono riportate nelle colonne relative alla “mappatura dei processi” nell’**ALLEGATO 1 - MAPPATURA PROCESSI E RISCHI CORRUTTIVI** del presente Piano.



## MACRO FASE 2 - VALUTAZIONE DEL RISCHIO

La macro fase della “valutazione del rischio” si articola in tre fasi:

identificazione

analisi

ponderazione

L’identificazione del rischio, o meglio degli eventi rischiosi, ha l’obiettivo di individuare quei comportamenti e/o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell’Amministrazione, nei quali si concretizza il fenomeno corruttivo. Anche in questo caso l’Allegato 1 del PNA 2019 suggerisce per l’identificazione degli eventi rischiosi di utilizzare le fonti informative disponibili, quali ad esempio: l’esame delle segnalazioni, le interviste/incontri con il personale dell’amministrazione, i workshop e i focus group, i confronti (benchmarking) con amministrazioni simili, le analisi dei casi di corruzione.

Tenuto conto di quanto sopra, per la fase relativa all’identificazione dei rischi sono stati analizzati:

- le schede di mappatura del rischio corruzione approvate nell’ambito del precedente processo di gestione del rischio;
- la parte speciale del PNA 2015, dedicata ai contratti pubblici e le linee guida ANAC n. 15/2019 che individuano altresì gli eventi rischiosi delle procedure di affidamento.

In merito all’analisi dei rischi identificati nella fase precedente si ritiene utile richiamare brevemente quanto previsto dall’Allegato 1 del PNA 2019.

L’Allegato 1 del PNA prevede che la medesima dovrà essere effettuata attraverso la valutazione della presenza dei cosiddetti “fattori abilitanti della corruzione”, ossia quei fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti e/o fatti integranti fenomeni corruttivi. Viene altresì precisato che i fattori abilitanti possono essere, per ogni rischio, molteplici e combinarsi tra di loro, e vengono forniti i seguenti esempi di fattori abilitanti:

- mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli: in fase di analisi andrà verificato se presso l’amministrazione siano già stati predisposti – ma soprattutto efficacemente attuati – strumenti di controllo relativi agli eventi rischiosi;
- mancanza di trasparenza; eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento; esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;
- scarsa responsabilizzazione interna; inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;
- inadeguata diffusione della cultura della legalità; mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione.



Per la stima del livello di esposizione al rischio dei processi e delle relative attività viene indicato un approccio di tipo qualitativo che tenga conto di più variabili:

- indicatori di stima del livello di rischio quali a titolo esemplificativo:

- livello di interesse “esterno”: la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio;
- grado di discrezionalità del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato;
- manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l’attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell’amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi;
- opacità del processo decisionale: l’adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio;
- livello di collaborazione del responsabile del processo o dell’attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul reale grado di rischiosità;
- grado di attuazione delle misure di trattamento: l’attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi.

- dati oggettivi per la stima del rischio quali a titolo esemplificativo:

- i dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti dell’amministrazione. Le fattispecie che possono essere considerate sono le sentenze passate in giudicato, i procedimenti in corso, e i decreti di citazione a giudizio riguardanti:
- i reati contro la PA;
- il falso e la truffa, con particolare riferimento alle truffe aggravate all’amministrazione (artt. 640 e 640-bis c.p.);
- i procedimenti aperti per responsabilità amministrativo/contabile (Corte dei Conti);
- i ricorsi amministrativi in tema di affidamento di contratti pubblici.

Tali dati possono essere reperiti dall’Ufficio Legale dell’amministrazione o tramite l’Avvocatura (se presenti all’interno dell’amministrazione), o dall’Ufficio procedimenti disciplinari e l’Ufficio Approvvigionamenti/Contratti. Si può ricorrere anche alle banche dati online già attive e liberamente accessibili (es. Banca dati delle sentenze della Corte dei Conti, Banca dati delle sentenze della Corte Suprema di Cassazione).

- le segnalazioni pervenute, nel cui ambito rientrano certamente le segnalazioni ricevute tramite apposite procedure di whistleblowing, ma anche quelle pervenute dall’esterno dell’amministrazione o pervenute in altre modalità. Altro dato da considerare è quello relativo ai reclami e alle risultanze di indagini di customer satisfaction che possono indirizzare l’attenzione su possibili malfunzionamenti o sulla malagestione di taluni processi organizzativi.

- ulteriori dati in possesso dell’amministrazione (es. dati disponibili in base agli esiti dei controlli interni delle singole amministrazioni, rassegne stampa, ecc.).



Sulla base della misurazione degli indicatori e dei dati oggettivi raccolti si dovrà pervenire, per ogni processo/fase o evento rischioso individuato, ad una stima complessiva del livello di esposizione al rischio sulla base di due principali considerazioni di massima:

- un processo è tanto più esposto al rischio corruzione quanto più sono rinvenibili al suo interno elementi (indicatori e/o dati oggettivi) che generano rischio (ovvero attivano il fattore abilitante associato del rischio mappato).
- in ogni caso, vale la regola generale secondo cui ogni misurazione deve essere adeguatamente motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte, seguendo un criterio generale di “prudenza”, al fine di evitare la sottostima del rischio. Pertanto anche la presenza di un solo indicatore di rischio o dato oggettivo potrà innalzare il livello di rischio.

La suddetta metodologia di valutazione del rischio corruzione approntata da ANAC, avente ad oggetto un approccio di natura qualitativa, è stata oggetto di confronto e analisi nell’ambito del Gruppo di lavoro sul PIAO.

Pertanto, tenuto conto anche delle modalità dell’approccio di tipo qualitativo per la stima del rischio corruzione, sono stati individuati e definiti:

- fattori abilitanti del rischio corruzione e i correlati indicatori e dati oggettivi per la stima del livello di rischio;
- criteri per la valutazione complessiva di sintesi del livello di esposizione al rischio del processo per esprimere un giudizio di ALTO/MEDIO/BASSO, i quali vengono rappresentati nella tabella sotto riportata:

<b>FATTORI ABILITANTI</b>	<b>INDICATORI DI RISCHIO E DATI OGGETTIVI</b>	<b>CRITERI DI VALUTAZIONE PER SINGOLI INDICATORI DI RISCHIO</b>
1. Monopolio di potere	1.1 Grado di concentrazione del potere decisionale  (INDICATORE DI CATEGORIA A) *	1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento e non sono coinvolte nell’istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio ALTO  1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri è anche responsabile del procedimento ma sono coinvolte



		<p>nell'istruttoria altre strutture o altri enti <i>Oppure:</i> Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri non è anche responsabile del procedimento e non sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture o altri enti: Rischio MEDIO</p> <p>1.1 Il dirigente/funzionario/organo che predispone o adotta gli atti o esprime pareri non è il responsabile del procedimento e altre strutture o altri enti sono coinvolti nell'istruttoria: Rischio BASSO</p>
2. Natura e rilevanza degli interessi coinvolti nel processo	2.1 Tipologia di utenza/beneficiari	<p>2.1 Il processo ha come destinatari/beneficiari soggetti privati che operano per interessi personali o privati: Rischio ALTO</p> <p>2.1 Il processo ha come destinatari/beneficiari soggetti pubblici: Rischio MEDIO</p> <p>2.1. Il processo ha come destinatari uffici interni, oppure soggetti interni all'amministrazione nell'esercizio delle loro funzioni pubbliche: Rischio BASSO</p>
3. Inadeguatezza della regolazione del processo	3.1 Grado di discrezionalità e di chiarezza e complessità normativa	<p>3.1 Il processo è discrezionale in quanto non adeguatamente vincolato dalla legge o da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio ALTO</p>



		<p>3.1 Il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio MEDIO</p> <p>3.1. Il processo è del tutto vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari): Rischio BASSO</p>
4. Assenza o carenza di controlli amministrativi	4.1 Livello dei controlli amministrativi, interni o esterni	<p>4.1. Il processo non è soggetto a controlli interni ed esterni: Rischio ALTO</p> <p>4.1. Il processo è soggetto a controlli interni ma non esterni: Rischio MEDIO</p> <p>4.1 Il processo è vincolato a controlli sia interni che esterni: Rischio BASSO</p>
5. Opacità, per assenza o carenza di trasparenza	5.1. Grado di trasparenza del processo	<p>5.1. Il processo non prevede l'utilizzo di strumenti di trasparenza sostanziale che permettono di tracciare fasi e soggetti del procedimento (informatizzazione, motivazione, verbalizzazione degli incontri): Rischio ALTO</p> <p>5.1 Il processo prevede l'utilizzo di strumenti di trasparenza sostanziale che permettono di tracciare solo alcune fasi e non tutti i soggetti del procedimento (informatizzazione, motivazione, verbalizzazione degli incontri): Rischio MEDIO</p> <p>5.1. Il processo prevede l'utilizzo di strumenti di trasparenza sostanziale che permettono di tracciare fasi e soggetti del procedimento (informatizzazione, motivazione,</p>



		verbalizzazione degli incontri): Rischio BASSO
6. Inadeguata diffusione della cultura della legalità	<p>6.1 Manifestazione di eventi corruttivi in passato negli ultimi 5 anni. Parametri di verifica:</p> <p>a) Sanzioni disciplinari per reati contro la P.A. o altri dove la P.A. è parte offesa, come truffa e simili;</p> <p>b) Condanne, anche non passate in giudicato, per reati contro la P.A. o altri dove la P.A. è parte offesa, come truffa e simili;</p> <p>c) Condanne, anche non passate in giudicato, della Corte dei conti per responsabilità amministrativa-contabile</p> <p>d) Segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione (se è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale)</p> <p>(INDICATORE DI CATEGORIA A) *</p>	<p>6.1. Negli ultimi 5 anni si sono verificati eventi corruttivi accertati con sentenze, anche non passate in giudicato e/o a seguito di procedimenti disciplinari: Rischio ALTO</p> <p>6.1. Negli ultimi 5 anni sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale: Rischio MEDIO</p> <p>6.1. Negli ultimi 5 anni non si ha conoscenza di eventi corruttivi accertati con sentenze di condanna e non sono pervenute segnalazioni di whistleblowers per fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione di cui è stata accertata la fondatezza, anche solo parziale: Rischio BASSO</p>
	6.2. Grado di attuazione di misure generali e specifiche di contrasto alla corruzione	<p>6.2. Non sono applicate misure generali e/o specifiche di trattamento del rischio: Rischio ALTO</p> <p>6.2 Sono applicate misure generali di trattamento del rischio: Rischio MEDIO</p> <p>6.2. Sono applicate misure generali e specifiche di trattamento del rischio: Rischio BASSO</p>



<p>7. Non adeguata formazione, informazione e responsabilizzazione degli addetti</p>	<p>7.1. Livello di formazione e coinvolgimento degli addetti. Parametri di verifica: a) Grado di partecipazione a corsi di formazione e aggiornamento specialistici dei collaboratori della struttura b) Realizzazione di riunioni di servizio annuali per la condivisione di obiettivi e risultati della struttura  (INDICATORE DI CATEGORIA A) *</p>	<p>7.1. Negli ultimi 3 anni non sono stati erogati al personale corsi di formazione a carattere generale e specifico: Rischio ALTO  7.1 Negli ultimi 3 anni sono stati erogati al personale corsi di formazione a carattere generale ma non specifico: Rischio MEDIO  7.1. Negli ultimi 3 anni sono stati erogati al personale corsi di formazione a carattere generale e specifico; il personale addetto è stato inoltre coinvolto in riunioni per la condivisione degli obiettivi e dei risultati: Rischio BASSO</p>
--	--	--

\* Gli indicatori di Categoria A sono considerati i più incisivi ai fini dell'esposizione a rischio.

**VALUTAZIONE COMPLESSIVA DI SINTESI DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO DEL PROCESSO DA ESPRIMERSI IN UNO DEI SEGUENTI GIUDIZI:**

- Livello di esposizione ALTO
- Livello di esposizione MEDIO
- Livello di esposizione BASSO

ORDINE DI VALUTAZIONE	CRITERI PER LA VALUTAZIONE COMPLESSIVA	GIUDIZIO COMPLESSIVO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO
1	<p>≥ 1 valutazione “ALTO” indicatori di cat. A oppure ≥ 3 valutazioni “ALTO” indicatori di cat. B</p>	ALTO
2	<p>≥ 1 valutazione “MEDIO” indicatori di cat. A oppure 1 o 2 valutazioni “ALTO” indicatori di cat. B</p>	MEDIO
3	<p>3 valutazioni “BASSO” indicatori di cat. A + 0 valutazioni “ALTO” indicatori di cat. B</p>	BASSO

	<p style="text-align: center;"><b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b></p>	<p style="text-align: center;">PIAO_AzOsp</p>
<p style="text-align: center;"><b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b></p>		<p style="text-align: center;">Pagina 50 di 69</p>

**Il rispetto dell’ordine di valutazione è fondamentale: solo se non sono soddisfatti i criteri di cui al punto 1, è possibile verificare quelli del punto 2, e se non sono soddisfatti neppure questi, è possibile passare alla verifica dei criteri di cui al punto 3.**

La scala di misurazione del rischio fa riferimento a due principi:

- al fine di evitare la sottostima del rischio anche la presenza di un solo indicatore di rischio o dato oggettivo di tipo A potrà innalzare il livello di rischio (criterio generale di “prudenza”);
- un processo è tanto più esposto al rischio corruzione quanto più sono rinvenibili al suo interno elementi (indicatori e/o dati oggettivi) che generano rischio.

L’analisi e la misurazione dei rischi è stata effettuata applicando i fattori e criteri sopra illustrati.

Le tabelle che ne sono derivate, sono riportate nelle colonne relative alla “valutazione del rischio” nell’**ALLEGATO 1 - MAPPATURA PROCESSI E RISCHI CORRUTTIVI** del presente Piano.

## MACRO FASE 3 - TRATTAMENTO DEL RISCHIO

La fase del trattamento del rischio ha come obiettivo quello di identificare misure di prevenzione, puntuali e concrete, idonee a prevenire i rischi corruttivi individuati, in funzione sia del livello di rischio, sia dei fattori abilitanti.

Tutte le attività poste in essere attraverso la mappatura e la valutazione del rischio sono, infatti, propedeutiche all’identificazione e progettazione di misure che siano adeguate a contrastare il rischio corruttivo in concreto.

Tale fase è stata gestita in stretta collaborazione tra il RPCT e i Responsabili delle strutture che curano i processi interessati e con i componenti del Gruppo di lavoro per l’elaborazione del PIAO. Si è proceduto ad individuare le misure da applicare in corrispondenza di ogni segmento del processo interessato da un rischio di corruzione, tenuto conto delle misure suggerite da ANAC, sia obbligatorie che specifiche, e di quelle già adottate nell’Azienda Ospedaliera.

Alla luce di quanto sopra, le tabelle recanti l’individuazione e la programmazione operativa delle misure sono riportate nelle colonne relative al “trattamento del rischio” nell’**ALLEGATO 1 - MAPPATURA PROCESSI E RISCHI CORRUTTIVI** del presente Piano.

### **Nomina RASA**

Con Delibera del Direttore Generale f.f. n. 222 del 27/02/2022 l’Azienda Ospedaliera di Perugia ha nominato la Dott.ssa Teresa Ivana Falco, Direttore della Struttura Complessa Acquisti e Appalti (D.A.A.), quale "Responsabile dell’Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)", incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante stessa, per tutta la durata del relativo incarico di responsabile della D.A.A.

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 51 di 69

Il RASA, così come previsto dal Comunicato del Presidente dell’AVCP del 28.10.2013, è unico per ogni stazione appaltante, intesa come amministrazione aggiudicatrice o altro soggetto aggiudicatore, indipendentemente dall'articolazione della stessa in uno o più centri di costo.

Il provvedimento di nomina del RASA assume rilevanza, per finalità anticorruzione, ai sensi della legge 190 del 2012, del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) 2021-2023, adottato con Delibera del Direttore Generale n. 581 del 31/03/2021, e della presente sezione del PIAO.

### **Trasparenza**

La legge 190/2012 individua, quale strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione e dell’illegalità nella PA, la Trasparenza, intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l’organizzazione e l’attività delle pubbliche amministrazioni.

Con riferimento alla organizzazione aziendale attualmente vigente, pertanto, nella tabella allegata (**Allegato 2 - TRASPARENZA 2022-2024 – Elenco obblighi di pubblicazione**) si riportano gli obiettivi di trasparenza e contenuti specifici da pubblicare sul sito web aziendale ed in particolare:

- le categorie di dati da pubblicare (riferimento delibera ANAC n.1310 del 28/12/2016 il cui allegato sostituisce la mappa ricognitiva degli obblighi di pubblicazione previsti per le pubbliche amministrazioni dal d.lgs. n.33/2013, contenuta nell’allegato n. 1 della delibera n.50/2013);
- la relativa fonte normativa con descrizione del contenuto degli obblighi di pubblicazione;
- la Struttura ed il nominativo del relativo Responsabile che produce ed aggiorna tali dati;
- la tempistica di pubblicazione/aggiornamento.



### 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

#### 3.1. Struttura organizzativa

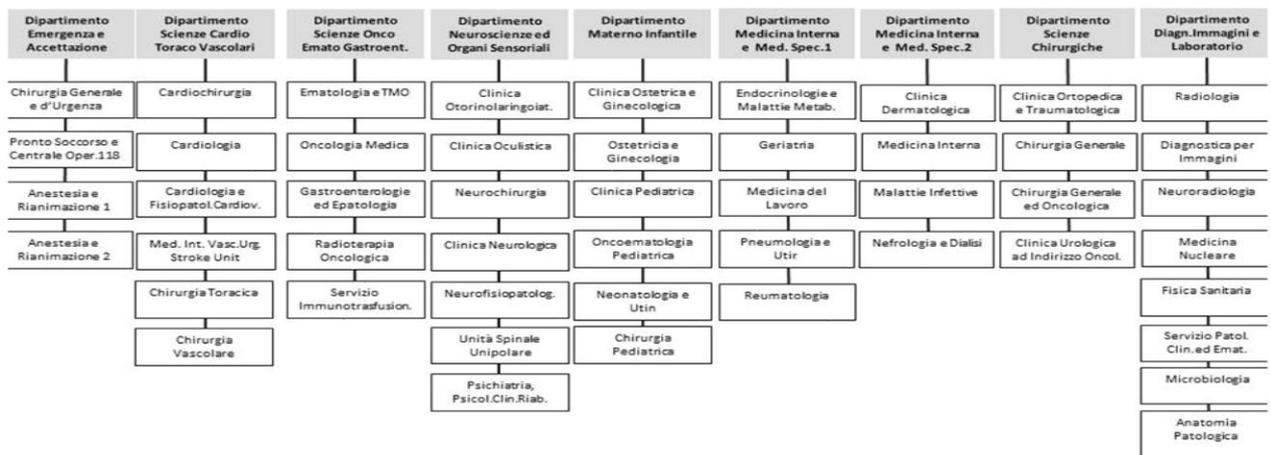
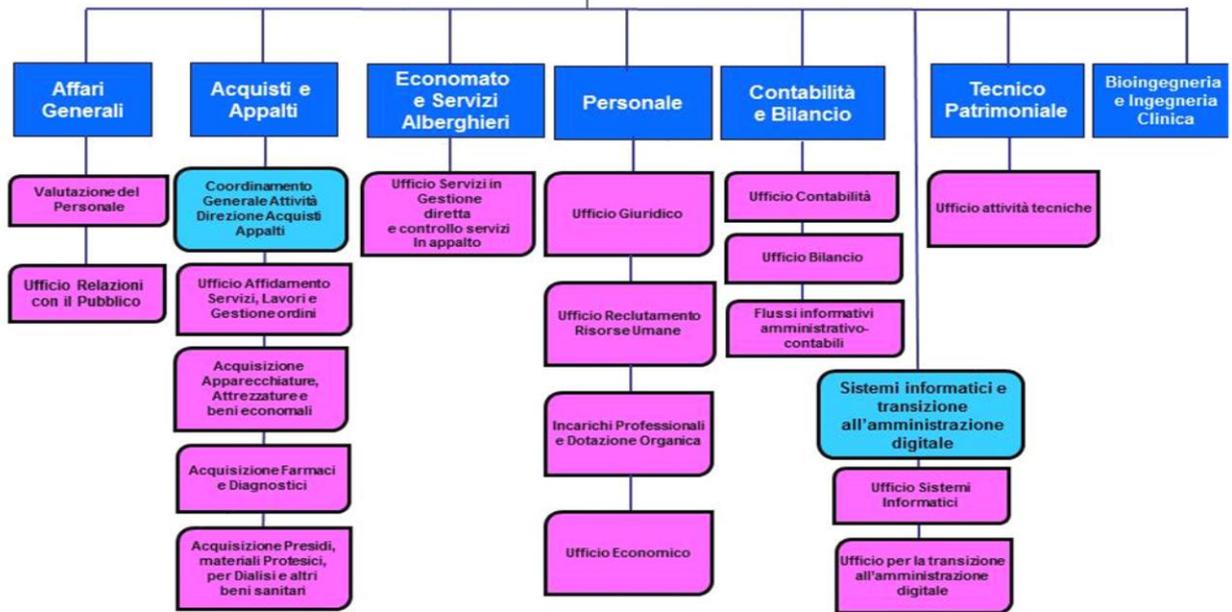
Di seguito si rappresenta l'organigramma aziendale come previsto dal vigente atto aziendale





**ORGANIGRAMMA DELLA DIREZIONE AMMINISTRATIVA**

**DIRETTORE AMMINISTRATIVO**



	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 54 di 69

### **3.2. Organizzazione del lavoro agile**

La Legge n. 81 del 2017 contenente le “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 fissato alcune regole sulle modalità e sugli ambiti di applicazione di tale tipologia di lavoro, caratterizzata da flessibilità organizzativa, dalla volontarietà delle parti che sottoscrivono un accordo individuale, nonché dall'utilizzo degli strumenti tecnologici (laptop, tablet, personal computer etc..) che consentono al lavoratore di operare da remoto.

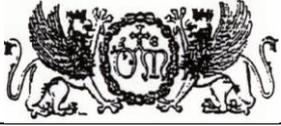
Il diffondersi dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 ha sicuramente incentivato l'utilizzo della modalità del “lavoro agile” per l'intera durata dello stato di emergenza al fine di evitare gli spostamenti e contenere i contagi anche in ottemperanza ai disposti di legge adottati dal Governo per la gestione dell'emergenza in particolare in applicazione dell'art. 2, comma1, lett.r) del D.P.C.M. 8/3/2020.

Pertanto, dalle prime settimane di marzo 2020, la Direzione dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, con delibera del Commissario Straordinario n. 530 del 17/03/2020 ha approvato un “Regolamento per l'attuazione del lavoro agile (smart working) straordinario in modalità semplificata” ed ha disciplinato gli obiettivi che la stessa intendeva perseguire con la modalità del lavoro agile, definendo in modo puntuale i destinatari di tale modalità lavorativa nonché le esclusioni dalla stessa stante l'indifferibilità e l'urgenza del tipo di attività svolta (ovvero i dipendenti dei servizi direttamente coinvolti nella gestione dell'emergenza sanitaria che svolgano attività sanitaria e socio assistenziale richiedente contatto diretto con il paziente, nonché dei servizi direttamente a supporto di dette attività; i dipendenti impiegati in attività che prevedono l'utilizzo costante di strumentazione non utilizzabile da remoto); circoscrivendo le tipologie di attività effettuabili in modalità agile quindi:

- a) eseguibili attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche;
- b) remotizzabili e tali da non richiedere la costante presenza fisica del lavoratore in sede;
- c) che prevedono l'utilizzo di documenti digitalizzabili;
- d) pianificabili e verificabili nell'esecuzione e nella misurazione dei risultati. Infine è stato previsto altresì il c.d. “diritto alla disconnessione” del dipendente, disciplinando il suo trattamento giuridico ed economico nonché le modalità di recesso dal lavoro agile e le condotte sanzionabili. Ulteriori ambiti normati sono stati rappresentati dalle previsioni a tutela della protezione dei dati personali e della sicurezza sul lavoro.

Nella prima fase di emergenza sanitaria (marzo 2020-dicembre 2020) questa Azienda ha autorizzato circa 133 dipendenti allo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile, accogliendo le istanze in possesso di requisiti di legge. Mentre i dipendenti che hanno usufruito della modalità lavorativa in modalità agile nel 2021 sono stati 98.

A seguito del D.P.C.M. del 23/09/2021 con il quale è stato stabilito che dal 15/10/2021 la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nella P.A. torna ad essere quella in presenza, l'Azienda sulla scorta della normativa vigente, nello specifico l'art. 2, comma 1 del D.L. n.30 del 13 marzo 2021, come convertito dalla L. 61/2021, - che prevede, compatibilmente con le esigenze dell'azienda, la possibilità per il dipendente genitore di figlio minore di sedici anni di svolgere la prestazione di lavoro in modalità agile per un periodo corrispondente in tutto o in parte alla durata della sospensione dell'attività didattica o educativa in presenza del figlio nonché alla durata della quarantena del figlio disposta dal Dipartimento di prevenzione della azienda sanitaria locale territorialmente competente a seguito di contatto ovunque avvenuto, ha precisato il permanere di tale possibilità di usufruire della modalità lavorativa in modalità agile.

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 55 di 69

Ad ogni buon conto, i dipendenti che hanno usufruito della modalità lavorativa agile nel 2022, ad oggi, sono 16.

L'avviamento della procedura per l'utilizzo della modalità agile da parte dell'AO di Perugia, seppur ideata in fase emergenziale rispecchiava e rispecchia i canoni elencati nella Legge n.81/2017 e aderisce alle Linee Guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, nelle more di una formale adozione dello stesso, ai sensi dell'art. 263 del D.L. n.34/2020.

Infatti, l'accesso al lavoro agile prevede l'attivazione o adesione volontaria del dipendente e avviene mediante la richiesta del dipendente al proprio responsabile/dirigente per la valutazione e il nulla osta in ordine alla lavorabilità a distanza dell'attività assegnata, il quale se favorevole, procederà a compilare con il dipendente l'accordo individuale o scheda progetto di telelavoro predisposta dall'Azienda ai sensi dell'art. 18, comma 1 della L. 81/2017.

Nell'accordo devono essere indicate:

- le motivazioni che richiedono l'attivazione della modalità agile;
  - le attività da svolgere;
  - gli obiettivi generali da perseguire;
  - le giornate in cui il dipendente lavorerà in lavoro agile;
  - le fasce di reperibilità e disconnessione concordate con il responsabile;
  - la durata del periodo di attivazione della modalità agile;
  - le modalità di verifica del raggiungimento degli obiettivi da raggiungere e gli indicatori utilizzati per valutare gli obiettivi raggiunti che il dirigente verificherà tramite resoconti (settimanali o mensili).
- La sottoscrizione da parte del responsabile di riferimento del suddetto accordo equivale all'autorizzazione allo svolgimento dell'attività in lavoro agile. Dall'altro canto, il prestatore si impegna a:

- a) svolgere l'attività mediante l'utilizzo di apparecchiature informatiche e telefoniche di proprietà dello stesso;
- b) rispettare le misure di prevenzione e protezione previste dalla normativa vigente in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- c) rispettare la normativa vigente in materia di tutela della privacy e di sicurezza dei dati.

L'orario giornaliero è impostato a 7 ore e 12 minuti, senza riconoscimento di eventuali eccedenze orarie ed è articolato in modo flessibile. Il lavoratore, nelle giornate in cui svolge la propria attività lavorativa in modalità agile non ha diritto alla mensa né a modalità sostitutive della stessa. L'accordo viene protocollato in uscita e trasmesso alla Direzione Personale; successivamente il dipendente si mette in contatto con il S.I.T.A.D. Sistemi Informativi Aziendali per la dovuta abilitazione all'accesso dall'esterno alla rete aziendale.

In parallelo, è stata conferita, a ciascun Direttore/Dirigente di struttura, un'ampia responsabilità che va dall'individuazione delle attività e del personale coinvolto nel lavoro agile, garantendo equità e non discriminazione nella distribuzione delle attività, all'obbligo di controllo su attività e/o carichi di lavoro soprattutto attraverso la rendicontazione delle attività svolte dai singoli e stabilendo orari di reperibilità e presenze possibili in sede garantendo, come priorità, il distanziamento richiesto per legge. La valutazione delle condizioni per l'attivazione del lavoro agile si è svolta secondo le seguenti fasi:

- valutazione da parte del Direttore/Dirigente di riferimento il quale verifica che l'attività del dipendente possa essere svolta senza causare una diminuzione della produttività, sia in termini di qualità che di quantità del lavoro svolto, evitando disservizi per gli utenti o eccessivo allungamento dei tempi procedurali, nel rispetto delle scadenze previste e verifica se vi sono le condizioni tecniche quali presenza di pc, connessione, stampanti (strumentazione personale del dipendente);

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 56 di 69

valutazione da parte del Direttore Amministrativo sull’opportunità della concessione.

Nell’affidamento di attività da svolgere con modalità di lavoro agile, sono stati tenuti in particolare considerazione alcuni requisiti di carattere personale, quali ad esempio, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

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

adottando di massima i seguenti criteri di preferenza:

- a) personale fragile, affetto da patologie che lo rendano maggiormente esposto a rischi da contatto con altre persone;
- b) lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall’articolo 16 del testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151,
- c) lavoratori con figli in condizioni di disabilità ai sensi dell’articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104; d) situazioni di disabilità psicofisica tali da rendere disagiata il raggiungimento del luogo di lavoro;
- d) esigenze di cura adeguatamente documentate nei confronti di familiari o conviventi stabilmente ovvero di figli minori di 12 anni.

Alla dirigenza viene richiesto un importante cambiamento di stile manageriale e di leadership caratterizzato dalla capacità di lavorare e far lavorare per obiettivi, di improntare le relazioni sull’accrescimento della fiducia reciproca, spostando l’attenzione dal controllo alla responsabilità per risultati.

Conseguentemente la loro attività consiste nella gestione del lavoro agile e nell’organizzazione del proprio ufficio in termini quali/quantitativi di efficienza, appurando, nei fatti, che le ordinarie e straordinarie attività sono state svolte con perizia e professionalità da tutti i collaboratori.

Oltre i singoli Direttori/Dirigenti, a livello di unità organizzativa di coordinamento, Direzione Personale funge da cabina di regia dell’intero processo, secondo le indicazioni della Direzione strategica aziendale, in quanto gestisce l’attivazione dei dipendenti alla modalità agile raccogliendo le istanze di adesione e provvedendo al monitoraggio dell’istituto del lavoro agile in Azienda mediante la rilevazione delle presenze.

Inoltre, anche il Responsabile della Transizione al Digitale (RTD) riveste un importante compito nel definire un maturity model per il lavoro agile nelle pubbliche amministrazioni. Tale modello individua i cambiamenti organizzativi e gli adeguamenti tecnologici necessari. Il RTD con il S.I.T.A.D. svolge l’importante funzione di garantire lo sviluppo e la sicurezza della modalità agile.

L’emergenza sanitaria, ha sicuramente messo a dura prova l’Azienda che si è trovata a dover fronteggiare una situazione nuova, complessa e di vasta portata.

In tale scenario l’Azienda si è dimostrata pronta a rispondere alle sfide poste cogliendo l’opportunità per il rafforzamento delle competenze digitali dei dipendenti, l’avvio di nuovi processi, la rapida implementazione di soluzioni e di infrastrutture tecnologiche, l’adeguamento al digitale e all’innovazione.

Nella prima fase dell’emergenza si è cercato di individuare soluzioni tecnico-operative di organizzazione del lavoro da remoto immediatamente fruibili da tutta la platea del personale dell’ente, privilegiando l’impiego di applicativi hardware e software già esistenti e rimettendo ai singoli lavoratori l’onere di impiegare i propri devices nell’espletamento della prestazione lavorativa

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 57 di 69

“domiciliata”. Tuttavia il S.I.T.A.D. ha creato un apposito link per procedere all’accesso dall’esterno alla rete aziendale, utilizzando le proprie credenziali in quotidiano uso nonché utilizzando un sistema di autenticazione a due fattori c.d. 2FA necessario per l’accesso alla VPN aziendale “GDesktop” in modo sicuro e protetto. Inoltre, il dipendente è invitato a procedere alla certificazione della propria presenza in smart working tramite un modulo raggiungibile via link tenendo in considerazione che lo stesso deve essere compilato esclusivamente nel giorno di interesse, al fine di regolarizzare la singola giornata di lavoro nel cartellino presenze personale. Inoltre il S.I.T.A.D. ha provveduto a curare:

- survey google e relativo piano di formazione per un utilizzo avanzato della piattaforma con particolare riferimento alla communication ed alla collaboration;
- diffusione del sistema per riunioni virtuali videoconferencing, FAD, teleconsulti etc. -
- definizione delle Linee Guida SmartWorking OR, diffuse al personale e pubblicate sul portale intranet

I risultati sono stati in gran parte ottenuti grazie al coinvolgimento ed alla collaborazione delle risorse della S.S. Sistemi Informatici e Transizione all’ Amministrazione Digitale già pesantemente impegnate nelle attività di gestione, manutenzione ed implementazione dei sistemi componenti un patrimonio aziendale tanto strategico quanto complesso.

In conclusione, si può affermare di aver superato con successo le sfide poste mettendo in campo in breve tempo le azioni e soluzioni esposte, nonostante la carenza di risorse specialiste necessarie alla crescita digitale a cui l’Azienda non può e non vuole rinunciare.

Per quel che riguarda le ulteriori attività aziendali non prettamente lavorative, si rileva che dall’inizio dell’emergenza e per tutto il corso del 2020 e 2021 sono stati sospesi o annullati tutti gli eventi interni e ogni attività di formazione in aula, anche obbligatoria in quanto la formazione è stata effettuata in modalità a distanza.

Le principali attività in questo ambito sono state:

- incontri informativi e corsi in teleconferenza in tema di sicurezza SARS-CoV-2 con il personale sanitario;
- incontri formativi per la gestione di specifiche attività;
- implementazione del corso sulla sicurezza sul luogo di lavoro, con specifico focus sull’utilizzo dei DPI all’interno dell’Azienda (tramite piattaforma).

Per quel che concerne infine gli incontri sindacali tra la delegazione trattante aziendale ed i tavoli del Comparto, dell’Area della Sanità, della Dirigenza P.T.A. e della RSU aziendale, è stato utilizzato il software Google Meet, contenuto nel pacchetto in dotazione ad ogni dipendente dell’azienda mediante consegna di email personale.

Sulla base dell’esperienza fin qui maturata, l’Azienda sta valutando la possibilità di ampliare le attività da svolgere in modalità agile, muovendo dall’analisi dello stato di salute organizzativa, professionale, digitale ed economico- finanziario della stessa. Verrà, quindi, rivalutata la percentuale di attività e di dipendenti che possono essere impiegati nel lavoro agile, rivedendo i singoli processi, incentivando la diffusione dell’utilizzo degli strumenti informatici e favorendo l’ampliamento della dotazione aziendale di strumentazioni tecnologiche che consentano di lavorare da remoto. Tali valutazioni saranno altresì, oggetto di condivisione con le parti sociali, secondo le modalità di relazione previste dai vigenti CC.CC.NN.LL..

Dalla fase di avvio, che è nella sostanza già iniziata, si passerà ad una fase di sviluppo intermedio con redazione nell’arco temporale di 6/9 mesi di un regolamento dedicato che preveda azioni dedicate per la fattispecie sanitaria non contemplate nelle linee guida ministeriali, implementazione delle attività “smartabili” a seconda delle effettive dotazioni tecnologiche, ecc.; ad una fase di sviluppo avanzato con implementazione della modalità lavorativa in modalità agile estesa in tutti i settori possibili, anche

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 58 di 69

in ottemperanza del cosiddetto miglioramento dell’impatto ambientale ed economico generale andando ad evolvere verso un modello di adozione organico e funzionale a tutta l’Azienda indotto da una macroprogrammazione triennale che porti al coinvolgimento di tutti i settori aziendali.

L’approccio al lavoro agile in fasi successive risente delle peculiarità degli ambiti organizzativi propri dell’Azienda Ospedaliera di Perugia. Tuttavia, vi è da sottolineare come già durante le fasi acute della pandemia l’Azienda ha preso in considerazione alcune istanze di responsabili e dipendenti dirette ad avviare progetti di lavoro agile in forma stabile. Vi è infatti da constatare come la configurazione delle strutture/articolazioni trasversali/di supporto denoti, in generale, una flessibilità organizzativa tale da consentire, in linea di principio, un adeguato avvicendamento - nell’ambito delle stesse - tra colleghi; questa specificità organizzativa agevola, in via teorica, l’accesso al lavoro agile da parte di un numero maggiore di dipendenti. Conseguentemente se ne ricava come negli ambiti presi in considerazione sia possibile adottare misure organizzative alternative, dirette a garantire maggiore tutela a situazioni personali rispetto alle quali il lavoro agile può costituire una condizione “agevolante”. L’effetto di tale approccio potrebbe nel tempo comportare la riduzione nell’utilizzo di altri strumenti quali il part – time, legge 104, 150 ore per lo studio, con la conseguenza di creare un clima organizzativo inteso sia all’efficientamento dell’azione amministrativa ma tenendo in debita considerazione anche il benessere del personale dipendente.

	<p style="text-align: center;"><b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b></p>	<p style="text-align: center;">PIAO_AzOsp</p>
<p style="text-align: center;"><b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b></p>		<p style="text-align: center;">Pagina 59 di 69</p>

### **3.3. Piano spostamenti casa lavoro (PSCL)**

Il *mobility management* è l’insieme delle iniziative che ciascun Ente, sia pubblico che privato, pone in essere per gestire la mobilità dei propri lavoratori, con particolare attenzione agli spostamenti sistematici casa-lavoro-casa. Figura di riferimento per l’implementazione delle suddette iniziative è il *mobility manager* la cui attività è volta a promuovere forme di mobilità sostenibili, da un punto di vista ambientale, economico e sociale, e il conseguente cambiamento degli atteggiamenti e delle abitudini degli utenti.

Il Decreto Legge n. 34 del 19 maggio 2020, c.d. “Decreto Rilancio”, convertito con Legge n. 77 del 17 luglio 2020, recante “Misure per incentivare la mobilità sostenibile”, al comma 4 dell’articolo 229 dispone che *“Al fine di favorire il decongestionamento del traffico nelle aree urbane mediante la riduzione dell’uso del mezzo di trasporto privato individuale, le imprese e le pubbliche amministrazioni di cui all’ articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con singole unità locali con più di 100 dipendenti ubicate in un capoluogo di Regione, in una Città metropolitana, in un capoluogo di Provincia ovvero in un Comune con popolazione superiore a 50.000 abitanti sono tenute ad adottare, entro il 31 dicembre di ogni anno, un piano degli spostamenti casa-lavoro del proprio personale dipendente finalizzato alla riduzione dell’uso del mezzo di trasporto privato individuale nominando, a tal fine, un mobility manager con funzioni di supporto professionale continuativo alle attività di decisione, pianificazione, programmazione, gestione e promozione di soluzioni ottimali di mobilità sostenibile”*.

Con il Decreto Interministeriale n. 179 del 12 maggio 2021, sottoscritto dal Ministro della Transizione Ecologica di concerto con il Ministro delle Infrastrutture e della Mobilità Sostenibili, è stata data attuazione alla norma sopra richiamata, definendo le figure, le funzioni e i requisiti dei mobility manager aziendali e dei mobility manager d’area e indicando sommariamente i contenuti, le finalità e le modalità di adozione e aggiornamento del *“Piano degli Spostamenti Casa-Lavoro – PSCL”*.

Il Decreto Interministeriale n. 179/2021 ha rappresentato l’occasione per una prima e organica disciplina della tematica relativa alla mobilità dei dipendenti delle unità organizzative aziendali più complesse e delle figure di riferimento per le iniziative di mobilità sostenibile. In particolare, è stata valorizzata la necessaria collaborazione e sinergia tra le realtà aziendali e quindi i rispettivi mobility manager e il Comune di riferimento, attraverso il previsto raccordo delle singole iniziative e proposte da parte del mobility manager d’area.

L’obiettivo delle vigenti normative in materia è consentire la riduzione strutturale e permanente dell’impatto ambientale derivante dal traffico veicolare nelle aree urbane e metropolitane, promuovendo la realizzazione di interventi di organizzazione e gestione della domanda di mobilità delle persone che consentano la riduzione dell’uso del mezzo di trasporto privato motorizzato individuale negli spostamenti sistematici casa-lavoro e favoriscano il decongestionamento del traffico veicolare.

**Il Piano degli Spostamenti Casa Lavoro (PSCL)** è uno strumento pensato per fornire a ciascuna azienda l’opportunità di sviluppare e sostenere misure alternative e più convenienti rispetto all’utilizzo dell’automobile per gli spostamenti quotidiani dei dipendenti nei tragitti da casa al lavoro.

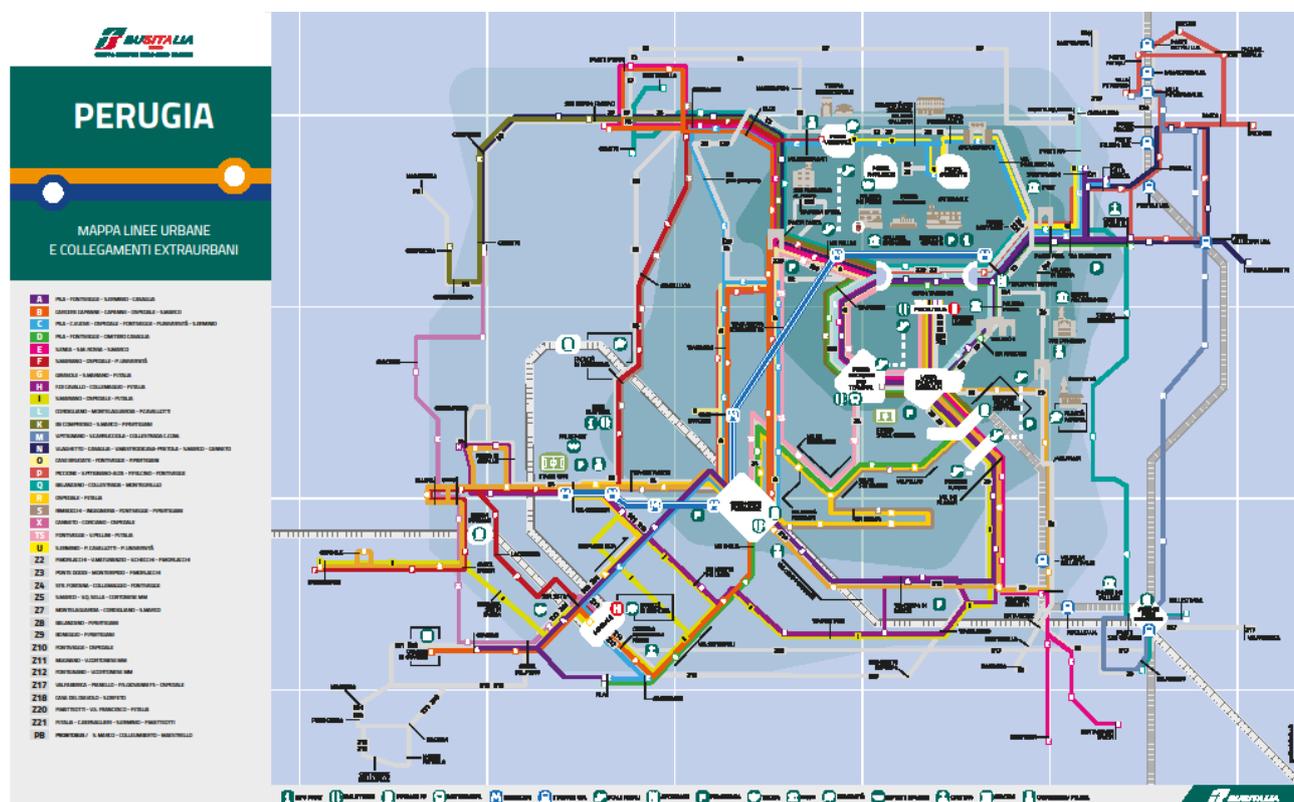


Queste misure devono poter fornire benefici dimostrabili a livello del singolo dipendente (in termini di costi, tempo, comfort e sicurezza), a livello aziendale (in termini economici, di produttività, di responsabilità sociale) e a livello di collettività (minori costi sociali per inquinamento, traffico, incidenti stradali, tempi di spostamento).

La principale finalità del PSCL consiste quindi nell'introduzione di nuovi modelli organizzativi ed operativi per migliorare l'accessibilità al luogo di lavoro riducendo l'uso del mezzo privato individuale a favore di modalità di trasporto ambientalmente più sostenibili.

Per la redazione e l'implementazione del proprio Piano degli Spostamenti Casa Lavoro, tuttora in corso, l'Azienda Ospedaliera di Perugia deve tenere conto del piano di mobilità del Comune di Perugia, che avrà importanti novità grazie all'utilizzo dei fondi del PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza). In particolare il Comune di Perugia realizzerà il Bus Rapid Transit (BRT), che rafforzerà la rete del trasporto pubblico e avrà delle fermate presso l'ospedale, modificando anche l'attuale assetto dei parcheggi.

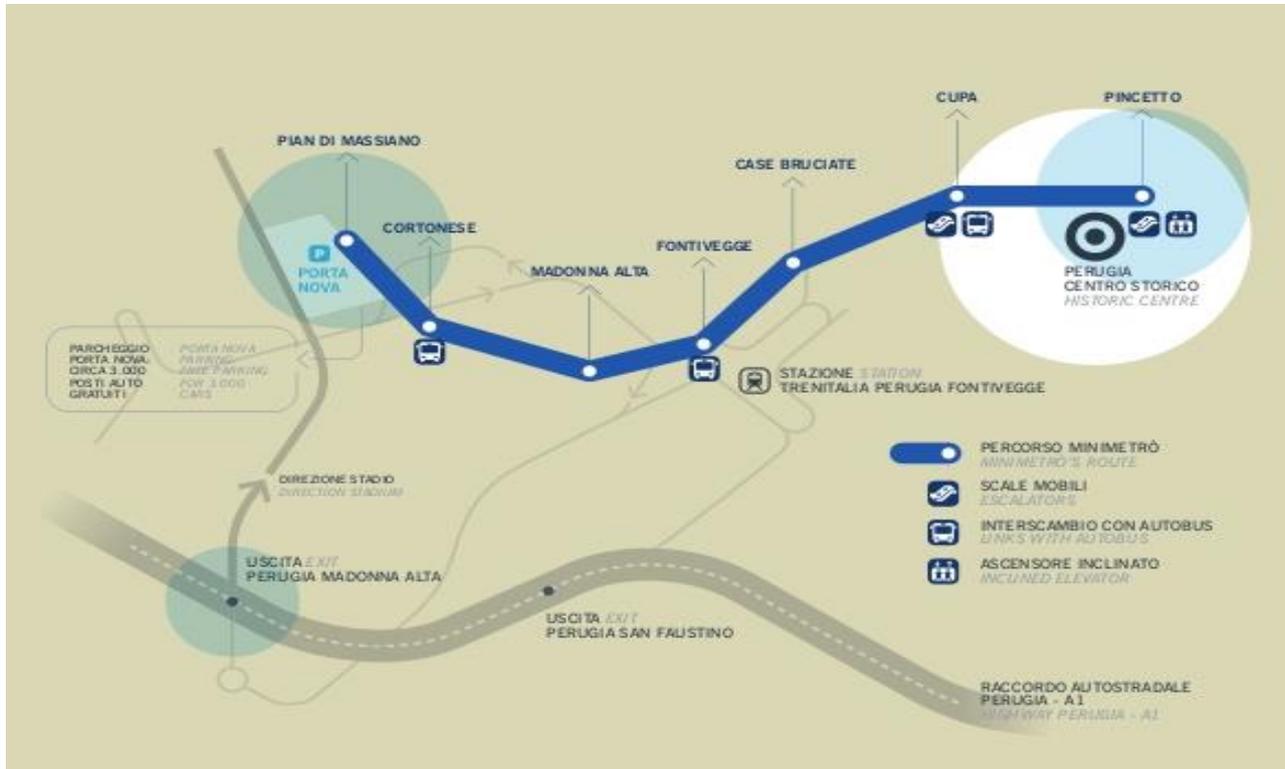
Di seguito sono riportate le mappe relative alle linee di trasporto pubblico del Comune di Perugia nell'attuale assetto.



Mappa linee urbane e collegamenti extraurbani (per ingrandire l'immagine, cliccare sulla stessa).



In basso, mappa della *MiniMetro* di Perugia



	<p style="text-align: center;"><b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b></p>	<p style="text-align: center;">PIAO_AzOsp</p>
<p style="text-align: center;"><b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b></p>		<p style="text-align: center;">Pagina 62 di 69</p>

### **3.4. Piano triennale dei fabbisogni di personale**

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale 2022-2024 (PTFP) è stato adottato in via provvisoria con deliberazione del Direttore generale n. 75 del 24 dicembre 2021. Lo stesso è stato redatto in coerenza con l’attuale organizzazione aziendale e con i fabbisogni ritenuti prioritari in quanto funzionali al presidio delle attività assistenziali, tiene conto degli obiettivi di attività aziendale previsti per gli anni 2022-2023-2024 e contiene la rappresentazione in termini quali - quantitativi e finanziari dei fabbisogni previsti per la prima annualità del triennio (2022). Con deliberazione della Giunta regionale n. 427 dell’11 maggio 2022 la suddetta programmazione è stata autorizzata dalla Regione Umbria, con particolare riferimento alle azioni di reclutamento prioritarie e compatibili con i vigenti tetti di spesa di personale, nelle more dell’adozione definitiva del Piano prevista dalla DGR n. 939/2018.

Nella redazione del piano, particolare attenzione è stata prestata alla valorizzazione delle professionalità che l’Azienda intende confermare ed ulteriormente promuovere per l’arco triennale di interesse del Piano. Rimane ferma l’attenzione al rispetto degli standard di attività e di personale definiti a livello regionale e nazionale, ciò nondimeno si è proceduto alla omogeneizzazione dell’offerta di prestazioni sanitarie integrate con il territorio attraverso il raggiungimento di modelli clinico assistenziali in grado di soddisfare il bisogno di salute espresso e di adoperarsi sia per il recupero delle liste di attesa post pandemia, sia per la promozione di buone pratiche clinico assistenziali.

Il piano è stato elaborato anche tenendo conto di due importanti variabili di contesto, ovvero la necessità di adeguare l’offerta di prestazioni anche in costanza di Covid nonché le sfide determinate dall’attuazione di progetti connessi al PNRR e al PSR. A tale proposito nella redazione del piano si è tenuto conto delle innovazioni tecnologiche e delle relative incidenze in termini di professionalità da acquisire in azienda nel medio periodo.

È, difatti, percepita la consapevolezza che la tutela della salute come stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assistenza nella malattia è alla base della missione e dei valori adottati dall’azienda. Pertanto tutta la struttura aziendale e tutti gli operatori e i dipendenti collaborano all’attuazione di in un sistema articolato e complesso di offerta sanitaria volta a modificare quei fattori che influiscono negativamente sulla salute individuale e collettiva e promuovendo al contempo quelli favorevoli.

È evidente che il miglioramento qualitativo delle prestazioni, a fronte del verosimile aumento dei volumi di attività previsti, nonché il rispetto delle disposizioni normative in materia di orario di lavoro e di riposi e la possibile integrazione di nuove competenze, per effetto di specifiche normative, rispetto a quelle ordinarie di istituto determinano la necessità, in molti casi urgente, di coprire le carenze di organico per garantire una corretta, efficiente ed efficace gestione dei servizi.



	Posti coperti al 31.12.2021		
	Tempo Indeterminato	Tempo determinato	
		su posto vacante	in sostituzione
<b>RUOLO SANITARIO</b>			
Dirigente Medico Struttura Complessa	15		
Dirigente Medico	425	25	4
Dirigente Farmacista Struttura Complessa	1		
Dirigente Farmacista	9		
Dirigente Biologo Struttura Complessa			
Dirigente Biologo	23	2	
Dirigente Chimico	1		
Dirigente Psicologo	3		
Dirigente Fisico Struttura Complessa	1		
Dirigente Fisico	5	1	
Dirigente delle Professioni Sanitarie	2		
Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere Cat. D e Cat. D-Liv.Ds	1.202		5
Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere Pediatrico Cat. D	1		
Collaboratore Professionale Sanitario Ostetrica Cat. D e Cat. D-Liv.Ds	51		1
Collaboratore Professionale Sanitario Dietista Cat. D e Cat. D-Liv.Ds	6		
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico Cat. D e Cat. D-Liv.Ds	101	3	4
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico Sanitario di Radiologia Medica Cat. D e Cat. D-Liv.Ds	95	10	
Operatore Professionale Sanitario Tecnico Sanitario di Radiologia Medica Cat. C	1		
Collaboratore Professionale Sanitario Ortottista Assistente di Oftalmologia Cat. D e Cat. D-Liv.Ds	2		
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare Cat. D	6		
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Neurofisiopatologia Cat. D	8	1	1
Collaboratore Professionale Sanitario Fisioterapista Cat. D e Cat. D-Liv.Ds	27	2	
Collaboratore Professionale Sanitario Logopedista Cat. D e Cat. D-Liv.Ds	5		
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico Audiometrista Cat. D e Cat. D-Liv.Ds	2		
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro Cat. D e Cat. D-Liv.Ds		1	
Collaboratore Professionale Sanitario Podologo Cat. D	2		
<b>TOTALE RUOLO SANITARIO</b>	<b>1.994</b>	<b>45</b>	<b>15</b>
<b>RUOLO PROFESSIONALE</b>			
Dirigente Architetto			
Dirigente Avvocato			
Dirigente Ingegnere Struttura Complessa	1		
Dirigente Ingegnere	1		
Assistente Religioso Cat. D	4		
<b>TOTALE RUOLO PROFESSIONALE</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>RUOLO TECNICO</b>			
Collaboratore Professionale Assistente Sociale Cat. D	2		
Collaboratore Tecnico Professionale Geometra Cat. D e Cat. D-Liv.Ds	1		
Assistente Tecnico Geometra Cat. C	1		
Collaboratore Tecnico Professionale Senior Informatico Cat. D-Liv.Ds	1		
Collaboratore Tecnico Professionale Cat. D	1		
Collaboratore Tecnico Professionale Programmatore Cat. D	4		
Collaboratore Tecnico Professionale Ingegnere Cat. D			
Assistente Tecnico Programmatore Cat. C	2	1	
Collaboratore Tecnico Professionale Statistico Cat. D	1		
Assistente Tecnico Elettromedicali Cat. C	1		
Assistente Tecnico Perito Termomeccanico Cat. C	1		
Operatore Tecnico Cat. B e Cat. B-Liv.Bs e Cat. C	135	5	
Operatore Socio Sanitario Cat. B-Liv.Bs	282	17	1
Operatore Tecnico Addetto all'Assistenza Cat. B	3		
Ausiliari Specializzati Cat. A	25		
<b>TOTALE RUOLO TECNICO</b>	<b>460</b>	<b>23</b>	<b>1</b>
<b>RUOLO AMMINISTRATIVO</b>			
Dirigente Amministrativo Struttura Complessa	4	1	1
Dirigente Amministrativo	1	1	
Collaboratore Amministrativo Professionale Cat. D e Cat. D-Liv.Ds	58	10	
Assistente Amministrativo Cat. C	46		
Coadiutore Amministrativo Cat. B e Cat. B-Liv.Bs	53		
<b>TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO</b>	<b>162</b>	<b>12</b>	<b>1</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>2.622</b>	<b>80</b>	<b>17</b>



**AZIENDA OSPEDALIERA  
DI PERUGIA**

PIAO\_AzOsp

**“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)**

Pagina 64 di 69

Programmazione prevista dalla deliberazione del Direttore generale n. 75/2021 di approvazione provvisoria del Piano Triennale dei Fabbisogni di personale 2022-2024.

	dotazione organica al 31.12.2020 approvata con Atto D.Gn. 23 del 14 gennaio 2021	Posti coperti al 31.12.2021			ANNO 2022		ANNO 2023		ANNO 2024		Totale Fabbisogno Triennio	Nuova Dotazione Organica	
		Tempo indeterminato	Tempo determinato		Assunzioni 2022	Spesa prevista anno 2022	Assunzioni 2023	Spesa prevista anno 2023	Assunzioni 2024	Spesa prevista anno 2024			
		su posto vacante	in sostituzione		per emergenza COVID	per emergenza COVID	per emergenza COVID	per emergenza COVID	per emergenza COVID	per emergenza COVID			
<b>RUOLO SANITARIO</b>													
Dirigente Medico Struttura Complessa	20	15			5						20	20	
Dirigente Medico	483	425	25	4	34	15					499	499	
Dirigente Farmacista Struttura Complessa	1	1									1	1	
Dirigente Farmacista	9	9									9	9	
Dirigente Biologo Struttura Complessa	1				1						1	1	
Dirigente Biologo	29	23	2		2						27	29	
Dirigente Chimico	1	1									1	1	
Dirigente Psicologo	4	3			1						4	4	
Dirigente Fisico Struttura Complessa	1	1									1	1	
Dirigente Fisico	7	5	1		1						7	7	
Dirigente delle Professioni Sanitarie	5	2			3						5	5	
Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere Cat. D e Cat. D-Liv.Ds	1.260	1.202		5	53	30					1.285	1.285	
Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere Pediatrico Cat. D	1	1									1	1	
Collaboratore Professionale Sanitario Ostetrica Cat. D e Cat. D-Liv.Ds	56	51		1	4						55	56	
Collaboratore Professionale Sanitario Dietista Cat. D e Cat. D-Liv.Ds	6	6									6	6	
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico Cat. D e Cat. D-Liv.Ds	106	101	3	4	5						109	109	
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico Sanitario di Radiologia Medica Cat. D e Cat. D-Liv.Ds	110	95	10		5						110	110	
Operatore Professionale Sanitario Tecnico Sanitario di Radiologia Medica Cat. C	1	1									1	1	
Collaboratore Professionale Sanitario Ortottista Assistente di Oftalmologia Cat. D e Cat. D-Liv.Ds	3	2			1						3	3	
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusioni Cardiovascolari Cat. D	7	6			1						7	7	
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Neurofisiopatologia Cat. D	9	8	1	1							9	9	
Collaboratore Professionale Sanitario Fisioterapista Cat. D e Cat. D-Liv.Ds	31	27	2		2						31	31	
Collaboratore Professionale Sanitario Logopedista Cat. D e Cat. D-Liv.Ds	7	5			1						6	7	
Collaboratore Professionale Sanitario Sanitario Tecnico Audiometrista Cat. D e Cat. D-Liv.Ds	3	2			1						3	3	
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro Cat. D e Cat. D-Liv.Ds	3		1		2						3	3	
Collaboratore Professionale Sanitario Podologo Cat. D	2	2									2	2	
<b>TOTALE RUOLO SANITARIO</b>	<b>2.166</b>	<b>1.994</b>	<b>45</b>	<b>15</b>	<b>122</b>	<b>45</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2.206</b>	<b>132.848.256</b>	<b>2.210</b>
<b>RUOLO PROFESSIONALE</b>													
Dirigente Architetto	0				1						1	1	
Dirigente Avvocato	1				1						1	1	
Dirigente Ingegnere Struttura Complessa	2	1			1						2	2	
Dirigente Ingegnere	1	1									1	1	
Assistente Religioso Cat. D	4	4									4	4	
<b>TOTALE RUOLO PROFESSIONALE</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>567.381</b>	<b>9</b>
<b>RUOLO TECNICO</b>													
Collaboratore Professionale Assistente Sociale Cat. D	2	2			1						3	3	
Collaboratore Tecnico Professionale Geometra Cat. D e Cat. D-Liv.Ds	2	1									1	2	
Assistente Tecnico Geometra Cat. C	1	1									1	1	
Collaboratore Tecnico Professionale Senior Informatico Cat. D-Liv.Ds	1	1									1	1	
Collaboratore Tecnico Professionale Cat. D	1	1			1						2	2	
Collaboratore Tecnico Professionale Programmatore Cat. D	5	4									4	5	
Collaboratore Tecnico Professionale Ingegnere Cat. D	1				2						2	2	
Assistente Tecnico Programmatore Cat. C	4	2	1								3	4	
Collaboratore Tecnico Professionale Statistico Cat. D	1	1									1	1	
Assistente Tecnico Elettromedicali Cat. C	1	1									1	1	
Assistente Tecnico Perito Termomeccanico Cat. C	1	1									1	1	
Operatore Tecnico Cat. B e Cat. B-Liv.Bs e Cat. C	164	135	5		19	5					164	164	
Operatore Socio Sanitario Cat. B-Liv.Bs	320	282	17	1	42	7					348	12.147.177	348
Operatore Tecnico Addetto all'Assistenza Cat. B	4	3									3	106.554	4
Auxiliari Specializzati Cat. A	28	25									25	887.952	28
<b>TOTALE RUOLO TECNICO</b>	<b>536</b>	<b>460</b>	<b>23</b>	<b>1</b>	<b>65</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>560</b>	<b>19.499.416</b>	<b>567</b>
<b>RUOLO AMMINISTRATIVO</b>													
Dirigente Amministrativo Struttura Complessa	5	4	1	1							5	965.063	5
Dirigente Amministrativo	5	1	1		3						5	5	
Collaboratore Amministrativo Professionale Cat. D e Cat. D-Liv.Ds	84	58	10		2						70	84	
Assistente Amministrativo Cat. C	69	46			9						55	7.060.637	69
Coadiutore Amministrativo Cat. B e Cat. B-Liv.Bs	56	53									53	56	
<b>TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO</b>	<b>219</b>	<b>162</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>188</b>	<b>8.025.700</b>	<b>219</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>2.929</b>	<b>2.622</b>	<b>80</b>	<b>17</b>	<b>204</b>	<b>57</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2.963</b>	<b>160.940.753</b>	<b>3.005</b>

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 65 di 69

### **3.5. Formazione del personale**

#### **LA DIMENSIONE ORIENTATIVA DEL PIANO DI FORMAZIONE AZIENDALE**

Il Piano Formativo Aziendale è il documento con il quale l’Azienda definisce annualmente i progetti e gli eventi formativi che intende svolgere. La sua elaborazione fa riferimento ai criteri per la programmazione della formazione continua e l’assegnazione dei crediti ECM, definiti dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua, nel regolamento attuativo dell’Accordo Stato – Regioni del 5 novembre 2009 e, successivamente, dall’Accordo Stato – Regioni del 02/02/2017 “*La formazione continua nel settore Salute*”, con particolare riferimento al Titolo V, artt. 60 e ss..

In particolare, il Piano Formativo Aziendale comprende i progetti e gli eventi formativi strategici, trasversali e dipartimentali, elaborati in coerenza con gli obiettivi formativi nazionali, regionali ed aziendali del sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM), nel quadro delle tre macro aree definite dalla Commissione Nazionale: obiettivi **tecnico – professionali**, di **processo** e di **sistema**. Ed inoltre è redatto, in coerenza con le normative nazionali ed europee che prescrivono obblighi di formazione per Enti Pubblici e Privati (norme sulla sicurezza, sul trattamento dei dati personali, sulla trasparenza, sull’amministrazione digitale, sul comportamento e la disciplina, ecc.).

Al fine di valorizzare e rafforzare le competenze dei dipendenti pubblici, con l’obiettivo di migliorare la qualità dei servizi resi ai cittadini, le attività inserite nel P.F.A. 2022 terranno conto anche degli indirizzi dati dal:

- *Ministero per la Pubblica Amministrazione*, contenuti nel piano strategico “ *Ri – formare la PA. Persone qualificate per qualificare il Paese*”.
- *Ministero della Pubblica Istruzione, dell’Università e della Ricerca* , Linee guida sui percorsi di sviluppo delle competenze trasversali e orientamento ( L. n. 145 del 30/12/2018) .

#### **RI – FORMARE LA PA. PERSONE QUALIFICATE PER QUALIFICARE IL PAESE**

Nel Piano Formativo Aziendale (PFA) verrà data particolare attenzione alla cybersicurezza, allo sviluppo delle *competenze digitali* e alle iniziative atte a comunicare e promuovere tra dipendenti pubblici, interventi previsti dal piano come:

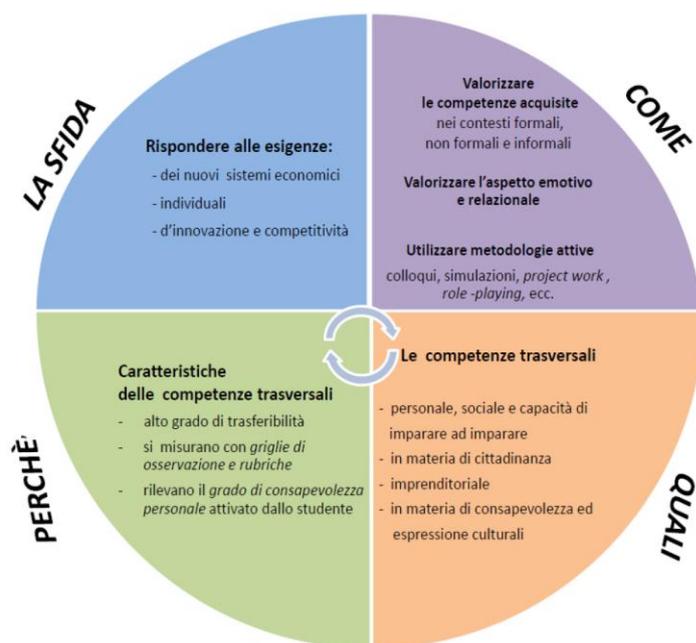
- **PA 110 e lode**: condizioni agevolate per le iscrizioni a corsi di laurea, master e corsi di specializzazione di interesse per le attività delle pubbliche amministrazioni;
- **Syllabus per la formazione digitale**: segnalazione dei dipendenti che potranno accedere all’autovalutazione delle proprie competenze digitali su piattaforma ministeriale, in modo da colmare con specifici percorsi formativi i propri gap;
- “ **Valore PA**” attraverso la promozione all’interno dell’Azienda Ospedaliera di Perugia dello strumento per la formazione dei dipendenti pubblici, messo a disposizione da INPS.

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 66 di 69

## LE COMPETENZE TRASVERSALI – SOFT SKILL

La pianificazione, realizzazione e il miglioramento continuo di un processo di sviluppo delle **competenze trasversali** deve essere sostenuto e validato da un sistema di qualità anche al fine della diffusione delle buone pratiche .

Nello schema seguente si riassumono le principali caratteristiche delle competenze trasversali.



Tali competenze influenzano l'agire del professionista e consentono di attivare strategie per affrontare modelli organizzativi evoluti sempre più interconnessi e digitalizzati.

Le metodologie *learning –by-doing* e del *situated learning* , prevedono l'utilizzo di esperienze formative legate ai contesti operativi quali FORMAZIONE SUL CAMPO; GRUPPI DI MIGLIORAMENTO, PROBLEM SOLVING, in modo da sviluppare e far assumere al personale comportamenti adeguati rispetto alle diverse situazioni in cui si possono venire a trovare .

Rif. Raccomandazione 22/05/2018 Consiglio Europeo “ Competenze chiave per l'apprendimento permanente”

## Quali competenze trasversali si intendono sviluppare nel P.F.A. triennale?

### COMPETENZE DI BASE

Sono le capacità che tutti i professionisti devono possedere all'ingresso nel mondo del lavoro e comprendono:

A) **L'INFORMATICA** nello specifico lo sviluppo e approfondimento di progetti tesi a consolidare l'alfabetizzazione digitale di base ed intermedia:

- Competenze digitali e trasformazione digitale;
- Digitalizzazione del protocollo;
- Accessibilità del dato immesso, elaborato ed analizzato;
- Consapevolezza e sicurezza informatica , utilizzo posta elettronica, internet e nuove tecnologie;
- Utilizzo di gestionali sanitari in uso.

B) **L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE**

- Accreditalimento Istituzionale e gestione del SGQ dell'A.O. di Pg;
- Controllo di gestione;

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 67 di 69

- Privacy e trattamento dati con precipuo riferimento a quelli sanitari anche alla luce di nuovi modelli e processi organizzativi;
- Anticorruzione e Codice di comportamento.

### C) DIRITTO DEL LAVORO

- Fonti che disciplinano il Contratto di lavoro;
- Istituti contrattuali;
- Responsabilità professionale;
- Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

## COMPETENZE TRASVERSALI

Sono le capacità comunicative e relazionali che ogni professionista dovrebbe possedere in qualunque settore professionale e che acquisisce durante l’arco della vita in contesti di educazione formale, non formale e informale.

Queste riguardano:

#### A) AREA GESTIONALE

- Dizionari di competenza ed organizzazione del lavoro
- Identificazione dei problemi e strategie di problem solving
- Team working ed orientamento al risultato
- Propensione al lavoro di gruppo

#### B) AREA RELAZIONALE per comunicare e condividere con i cittadini, all’interno dell’Amministrazione ed enti della PA:

- Utilizzare stili comunicativi idonei;
- Definire obiettivi chiari nel gruppo di lavoro;
- Negoziazione e concertare soluzioni;
- Informazione / comunicazione interna ed esterna.

## COMPETENZE TECNICO PROFESSIONALI

Sono le capacità distintive identificate da diverse funzioni in base al profilo professionale e al contesto operativo , vengono rappresentate dai bisogni formativi espressi dalle singole strutture .

In relazione alle misure vigenti in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da SARS-CoV-2, la Struttura Formazione e Qualità ha elaborato il Piano Formativo 2022 prevedendo l’utilizzo, ove possibile, dell’attività formativa in modalità a distanza (corsi in FAD oppure Residenziale/videoconferenza).

Vista la permanenza dello stato pandemico e la continua riorganizzazione e riconversione delle strutture aziendali e del personale afferente, si è provveduto a mantenere la formazione obbligatoria ai sensi del D.lgs. n. 81/2008, sia generale che specifica, prevalentemente in

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 68 di 69

modalità FAD, ai sensi del D.lgs. n. 81/2008s.m.i., destinata a tutto il personale neoassunto, tirocinanti e frequentanti volontari.

L'attività formativa 2021, approvata con Delibera n.199 del 09.02.2021 e integrata con Delibera n. 1405 del 25.10.2021, ha subito una rimodulazione, in ragione dell'emergenza pandemica SARS-CoV-2.

La Struttura Formazione ha elaborato la **“Relazione al Piano”** per l'anno 2022 (**Allegato 3**), destinato al personale ospedaliero dipendente e frequentante, a vario titolo, l'Azienda Ospedaliera di Perugia, a seguito delle esigenze formative espresse dai Direttori/Responsabili/Coordinatori in sede di incontri dipartimentali all'uopo programmati.

In particolare, all'allegato 1, sono sintetizzati:

- la rimodulazione delle modalità formative, in considerazione delle misure di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da SARS-CoV-2, adottata per l'anno 2021 e per la programmazione dell'anno 2022;
- le azioni di miglioramento perseguite al fine di diversificare l'attività formativa in funzione delle nuove tecnologie, tramite lo sviluppo e il potenziamento di specifici ambienti di apprendimento in modalità E-learning. In tale senso, si è completato il passaggio alla nuova piattaforma FAD Moodle – Aula Digitale, integrata con il gestionale TOM e il potenziamento degli strumenti per la formazione in modalità sincrona e asincrona, riunioni online e webinar, tramite piattaforma ZOOM. Per il conseguimento dello sviluppo e miglioramento delle tecnologie informatiche ed per un adeguato utilizzo, si è provveduto a fornire una specifica formazione al personale preposto;
- la definizione dei ruoli dei soggetti e i relativi requisiti, funzionali agli ambiti di competenza per la formazione in modalità FAD, come da indicazioni fornite dal Provider;
- la nomina del Comitato di redazione, composto da personale esperto, preposto alla gestione e al miglioramento della didattica on-line.

In considerazione di quanto sopra specificato, si rimanda all'**Allegato 4** per l'elenco dei corsi inseriti nel Piano Formativo 2022.

	<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA</b>	PIAO_AzOsp
<b>“Piano Integrato di Attività e Organizzazione” (PIAO)</b>		Pagina 69 di 69

#### **4. MONITORAGGIO**

Misurare il valore pubblico, generato dall’Azienda mediante le proprie azioni strategiche, si esplicita concretamente nel misurare i risultati raggiunti negli ambiti strategici delineati in questo piano e rendicontati nella Relazione sulla Performance. Quando vengono rendicontati i risultati della performance di struttura, ovvero degli obiettivi operativi di performance di struttura in correlazione con quelli strategici da cui discendono, l’intento è di rendere evidente il legame per la realizzazione della strategia dell’Azienda attraverso le assegnazioni alle strutture organizzative degli obiettivi operativi, anche in relazione al raggiungimento dei target degli indicatori strategici. La rendicontazione puntuale relativa ai singoli obiettivi avviene acquisendo i dati dalle fonti ufficiali aziendali o regionali, recuperando la documentazione e le relazioni dalle strutture relativamente al conseguimento degli obiettivi qualitativi ed organizzativi (definizione di linee guida, aggiornamento e predisposizione di protocolli clinico/assistenziali, ecc.). In modo che tale valutazione sia supportata da elementi oggettivi. In particolare si fa riferimento ai principali sistemi di misurazione di performance (PNE – AGENAS, MeS) ma anche monitorando degli indicatori derivanti da sistemi informativi aziendali. Tali dati vengono poi rappresentati tramite report periodici. A tale sistema di reporting è stato affiancato un cruscotto contenente i dati aziendali in modo da rendere più puntuale il monitoraggio delle performance sia per la Direzione Strategica che per le Strutture Complesse. Il processo di valutazione di struttura è normato da apposito regolamento deliberato in cui sono esplicitati, oltre al cronoprogramma, gli obiettivi e la metodologia di calcolo.

Il monitoraggio sulle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza viene effettuato tramite i singoli adempimenti con la cadenza indicata nelle schede di cui all’allegato 1 MAPPATURA PROCESSI E RISCHI CORRUTTIVI, in coerenza con le indicazioni dell’ANAC.

La finalità è quella di monitorare lo stato di attuazione delle misure di gestione dei rischi corruttivi e delle misure di promozione della trasparenza individuate per ogni obiettivo di valore pubblico, per verificarne l’appropriatezza ed eventualmente prevedere eventuali misure correttive.