



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

Delibera del Direttore Generale n. 1850 del 28/11/2022

Oggetto: Modifiche al Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2022 -2024 - Annualità 2022, a seguito dell'approvazione della DGR n.857/2022

IL DIRETTORE GENERALE

VISTA la proposta di delibera in oggetto di cui al num. Provv. 13822 del Servizio Proponente,
CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITÀ ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

Hash documento formato .pdf (SHA256):

7b0fa728c55bc1ca57a2e5a88486522e811655a226f0c8d55a8d6ab18c02b1a3

Hash documento formato .p7m (SHA256):

49c882a09aa7db608a118000428ada890d88d3301e05b4f84166d1476c88ee9c

Firmatari: Simona Bianchi, D'ANZIERI ALESSANDRA, Piero Carsili

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

Direttore Sanitario : Dr.ssa Simona Bianchi - parere: FAVOREVOLE

Direttore Amministrativo : Dott. Piero Carsili - parere: FAVOREVOLE

DELIBERA

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

IL DIRETTORE GENERALE (*)
(Dr. Massimo De Fino)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Allegato alla Delibera del Direttore Generale n. del

Normativa di riferimento:

- D.L. n. 80 del 09/06/2021 convertito dalla L. n. 113 del 06/08/2021 “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia”.
- D.L. n.228/2021, cd. decreto “milleproghe”, all’art.1, co.12 lett. a 1), che ha differito il termine di approvazione del decreto di abrogazione dei documenti di programmazione destinati a confluire nel PIAO al 31 marzo 2022 e, alla lett. a 3), ha differito, in sede di prima applicazione, l'adozione del Piano al 30 aprile 2022.
- Decreto Legge n. 36 del 30/04/2022 recante “Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del PNRR che differisce al 30.06.2022 il termine per l'adozione dei PIAO ed introduce il comma 7-bis che: «Le Regioni, per quanto riguarda le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, adeguano i rispettivi ordinamenti ai principi di cui al presente articolo e ai contenuti del Piano tipo definiti con il decreto di cui al comma 6.»”.
- D.P.R. n. 81 del 24/06/2022 “Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di Attività ed Organizzazione;
- D.M. n. 132 del 30/06/2022 “Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di Attività ed Organizzazione”;
- Nota Circolare n. 2 del 11/02/2022 “Indicazioni Operative in Materia di Piano integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) di cui all’art. 6 del D.L. n. 80 del 09/06/2021”
- D.D.G. 71 del 24/01/2022 “Avvio del processo di negoziazione del budget operativo anno 2022: Costituzione del Comitato di Budget, nomina dei suoi componenti e proroga del Piano della Performance 2021-2023 e degli obiettivi di budget operativo 2021 dei Centri di Attività Aziendali, approvati con D.D.G. 1850 del 19/12/2021”.
 - D.D.G. n. 800 del 16/05/2022 avente ad oggetto “Performance Organizzativa anno 2022: Presa d’atto della negoziazione degli obiettivi di Budget con i Centri di Attività Aziendali (CDA) ed approvazione del Programma Annuale di Attività dei Distretti, dei Dipartimenti, dei Presidi Ospedalieri, delle Strutture Amministrative dell’Area centrale e delle Strutture di Staff (Budget);
 - D.D.G. n. 1052 del 30.06.2022 “Adozione Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2022 -2024 - Annualità 2022;
 - D.D.G. n. 1061 del 01.07.2022 “Performance Organizzativa anno 2022: Presa d’atto del completamento del processo di budget e della negoziazione degli obiettivi di Budget con le strutture complesse e semplici dipartimentali per l’anno 2022”;
 - D.G.R. n. 857 del 10.08.2022 “Assegnazione obiettivi ai Direttori generali delle Aziende Sanitarie regionali per l’anno 2022”

Motivazione

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

Il comma 6 bis dell'art. 6 del citato Decreto Legge, inserito dal Decreto Legge n. 228 del 30/12/2021, ha differito il termine di adozione del P.I.A.O. al 30 aprile 2022 e il Decreto Legge n. 36 del 30/04/2022 recante "Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del PNRR" differisce ulteriormente al 30.06.2022 il termine per l'adozione dei PIAO.

Dato atto che il PIAO, di durata triennale con scorrimento annuale definisce:

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
- la strategia di gestione del capitale umano, gli obiettivi formativi annuali e pluriennali;
- gli strumenti e gli obiettivi di reclutamento di nuove risorse e la valorizzazione delle risorse interne;
- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa ed il raggiungimento degli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione;
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni;
- le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere

Preso atto che con:

- D.D.G. n. 71 del 24/01/2022, di avvio del processo di negoziazione del budget operativo anno 2022, costituzione del Comitato di Budget e nomina dei suoi componenti, è stato prorogato il Piano della Performance 2021-2023 e degli obiettivi di budget operativo 2021 dei Centri di Attività Aziendali, approvati con D.D.G. 1850 del 19/12/2021, nelle more dell'approvazione del budget operativo per l'anno 2022 e di approvazione del PIAO di cui al D.L. 80/2021.
- D.D.G. n. 800 del 16/05/2022, di formalizzazione della conclusione del processo di negoziazione degli obiettivi di Budget con i Centri di Attività Aziendali (CDA) è stato approvato il budget annuale di attività dei distretti, dei dipartimenti, dei presidi ospedalieri, delle strutture amministrative dell'area centrale e delle strutture di staff;
- D.D.G. n. 1052 del 30.06.2022 è stato adottato il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2022 -2024 - Annualità 2022;
- D.D.G. n. 1061 del 01.07.2022 si è concluso il processo di budget e della negoziazione degli obiettivi con le strutture complesse e semplici dipartimentali per l'anno 2022;
- D.G.R. n. 857 del 10.08.2022 sono stati assegnati gli obiettivi ai Direttori generali delle Aziende Sanitarie regionali per l'anno 2022"

Considerato che, con le deliberazioni n. 800/2022, n.1052/2022, n.1061/2022, questa Azienda si riservava di provvedere all'aggiornamento infrannuale del PIAO 2022-2024 e del budget operativo con i CDA aziendali a seguito dell'adozione dei nuovi atti di programmazione regionale e aziendale nel corso dell'anno 2022;

Richiamata la DGR n. 857 del 10/08/2022 con cui la Regione Umbria ha definito per l'anno 2022 gli obiettivi dei Direttori generali delle Aziende Sanitarie regionali;

Dato atto che:

- la suddetta deliberazione ha individuato n. 11 obiettivi generali (macro- obiettivi) che sono esplicitati al paragrafo "Performance" dell'allegato PIAO, opportunamente aggiornato;
- i macro-obiettivi assegnati sono:
 1. raggiungimento dell'equilibrio di bilancio riferito al ce del iv trimestre;
 2. rispetto del tetto di spesa del personale;
 3. rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari;
 4. governo del risk management;
 5. miglioramento performance del sistema;
 6. attuazione interventi PNRR missione 6 salute;
 7. raggiungimento obiettivi del piano regionale della prevenzione previsti per il 2022;
 8. avvio attuazione DM 77;
 9. governo delle liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali;
 10. governo delle liste di attesa chirurgiche;
 11. controlli sulla qualità delle prestazioni sanitarie erogate

Ritenuto opportuno adeguare il PIAO 2022-2024 alla luce del citato provvedimento, attraverso l'aggiornamento ed integrazione del documento stesso "Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2022 -2024 - Annualità 2022- Aggiornamento novembre 2022", allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale;

Ritenuto opportuno rinviare ad atto successivo l'approvazione del budget operativo per l'anno 2022 dei Centri di Attività (CDA) aziendali, rimodulato con gli obiettivi di cui alla DGR 857/2022;

Esito dell'istruttoria:

Tutto ciò premesso si propone il seguente dispositivo di deliberazione:

- prendere atto della DGR n. 857 del 10/08/2022 con cui la Regione Umbria ha definito per l'anno 2022 gli obiettivi dei Direttori generali delle Aziende Sanitarie regionali;
- rimodulare e riapprovare il Piano della Performance 2022-2024 a seguito delle modifiche e delle integrazioni apportate per l'anno 2022, con DGR n.857/2022, agli obiettivi, allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale;
- approvare, in rapporto a tutto quanto esposto in premessa, il PIAO 2022-2024 – Annualità 2022 – aggiornamento novembre 2022, che si allega a formare parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- dare atto che la presente deliberazione non è sottoposta al controllo regionale;
- trasmettere il presente atto al Collegio di Direzione;
- trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale;
- trasmettere il presente atto all'OIV;
- pubblicare il presente atto nel sito web nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Il Dirigente del Servizio Controllo di Gestione

ed Economico finanziario del Sociale
(Dott.ssa Alessandra D'Anzieri)



**Piano Integrato di Attività e
Organizzazione (PIAO)
2022 – 2024
Annualità 2022
Aggiornamento novembre 2022
Azienda Sanitaria Locale
USL Umbria 2**

SOMMARIO

| | |
|--|-----|
| PREMESSA E RIFERIMENTI NORMATIVI | 3 |
| Scheda anagrafica dell'Amministrazione | 4 |
| Articolazione dell'USL Umbria n. 2 | 4 |
| La USL Umbria n. 2 in cifre | 4 |
| Analisi demografica | 6 |
| I Servizi Sanitari erogati..... | 7 |
| Analisi della domanda e dell'offerta dei servizi alla popolazione residente – flussi di mobilità | 11 |
| Principali dati economico finanziari | 11 |
| Analisi del contesto | 13 |
| Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione | 20 |
| Valore Pubblico | 20 |
| Innovazione e Digitalizzazione, Semplificazione e Reingegnerizzazione | 21 |
| Potenziamento e riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali ed extra ospedalieri | 23 |
| Performance..... | 29 |
| Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del piano | 46 |
| Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio | 47 |
| La misurazione e valutazione della performance | 48 |
| Obiettivi operativi assegnati al personale | 51 |
| Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione della performance | 54 |
| Rischi Corruttivi e Trasparenza | 55 |
| Organizzazione e capitale umano | 164 |
| Struttura Organizzativa | 164 |
| Organizzazione del lavoro agile | 166 |
| Piano triennale dei fabbisogni di personale | 173 |
| Piano delle azioni positive..... | 182 |



PREMESSA E RIFERIMENTI NORMATIVI

L'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano integrato di attività e organizzazione. Il Piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni.

Successivamente il decreto-legge 30 dicembre 2021, n. 228 "Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi" (GU n. 309 del 30-12-2021), allart. 1, co. 12, lett. a), ha differito, in sede di prima applicazione, al 30 aprile 2022, il termine del 31 gennaio 2022 fissato dal decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80 (conv. Con mod. dalla l. 6 agosto 2021, n. 113, GU n. 136 del 9-6-2021) per l'adozione del Piano integrato di attività e organizzazione. Tale termine è stato ulteriormente posticipato dal Decreto Legge 30 aprile 2022, n. 36 del Governo (GU Serie Generale n.100 del 30-04-2022), che ha ritenuto che le amministrazioni, tenute all'adozione del Piano integrato di organizzazione e di attività (Piao), possano **prorogare al 30 giugno la pianificazione con riferimento all'anno in corso relativamente a rilevanti ambiti di attività della Pubblica Amministrazione.**

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

1. gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
2. la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, gli obiettivi formativi annuali e pluriennali finalizzati al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale e allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali, all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale correlati all'ambito di impiego e alla progressione di carriera del personale; gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale;
3. gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione;
4. l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività;
5. le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità; e le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

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

SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

ARTICOLAZIONE DELL'USL UMBRIA N. 2

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

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

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

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

Il logo aziendale è quello di seguito raffigurato:



LA USL UMBRIA N. 2 IN CIFRE

| DATI GENERALI | NUMERO |
|--|--------------------|
| Popolazione servita | 372.677 |
| Comuni serviti | 54 |
| Densità per Km² | 89,76 |
| Superficie Km² | 4.152 |
| Costi della produzione (previsione 2022) | 725.442.776 |
| Valore della produzione (previsione 2022) | 740.463.681 |
| Personale dipendente 01.01.2022 | 3.794 |
| Personale convenzionato 01.01.2022 | 700 |
| Ore di formazione | 2.641 |
| Dipartimenti | 11 |
| Strutture complesse | 71 I |
| Strutture semplici | 120 |

| DATI GENERALI | NUMERO |
|--|----------------------|
| Distretti | 6 |
| Strutture a gestione diretta | 219 |
| Strutture a gestione indiretta | 141 |
| Costo farmaceutica convenzionata | 58.707.619,84 |
| Costo farmaceutica per acquisti diretti | 80.189.002,58 |
| Costo assistenza protesica | 2.949.221,98 |
| Costo assistenza integrativa | 8.726.867,10 |
| Presidi ospedalieri | 4 |
| Ospedali | 10 |
| Posti letto | 972 * |
| Ricoveri | 26.054 |
| Totale utenti al Pronto Soccorso | 79.678 |
| Prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate per Distretto e branca | 2.258.578 |
| Prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dai P.O . | 1.770.034 |

* I posti letto sono senza le culle; inoltre i posti letto contengono anche le unità chiuse per reperire i letti COVID. Fonte: HSP.12 anno 2021.

L'Azienda opera su un territorio composto da 54 Comuni, con una superficie complessiva di 4.152 Km², con una densità media¹ di 89,76 abitanti per Km² ed è organizzata nei seguenti 6 Distretti:

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

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

I Presidi Ospedalieri a gestione diretta sono:

- Presidio Ospedaliero di Foligno costituito da 2 stabilimenti (Foligno e Trevi)
- Presidio Ospedaliero di Spoleto costituito da 3 stabilimenti (Spoleto, Norcia e Cascia)
- Presidio Ospedaliero di Orvieto

- Presidio Ospedaliero di Narni-Amelia costituito da 3 stabilimenti (Narni, Amelia e Domus Gratiae).

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

L’Azienda gestisce direttamente n. 972 posti letto. L’USL Umbria n. 2 opera mediante 219 presidi non ospedalieri a gestione diretta e 141 strutture convenzionate, che erogano le diverse tipologie di assistenza.

ANALISI DEMOGRAFICA

L’Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 2 opera su un territorio composto da 54 Comuni, con una superficie complessiva di 4.152 Km², con una densità media di 88,76 abitanti per Km². 2



La popolazione complessiva assistita dall’Azienda Umbria n. 2 è pari a 368.533 abitanti. La distribuzione della popolazione per fasce di età, nel periodo 2015-2022, è la seguente:

| | Fascia d'età (anni) | | | | | | | | USL Umbria n. 2 | |
|------|---------------------|--------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------------|---------|
| | 0-14 | | 15-64 | | 65-74 | | >74 | | | |
| 2022 | 41.589 | 11,29% | 223.911 | 60,76% | 47.610 | 12,92% | 55.423 | 15,04% | 368.533 | 100,00% |
| 2021 | 42.627 | 11,44% | 227.351 | 61,00% | 47.972 | 12,87% | 54.727 | 14,68% | 372.677 | 100,00% |
| 2020 | 44.074 | 11,62% | 232.191 | 61,20% | 47.849 | 12,61% | 55.307 | 14,58% | 379.421 | 100,00% |
| 2019 | 45.038 | 11,83% | 233.456 | 61,30% | 47.338 | 12,43% | 54.997 | 14,44% | 380.829 | 100,00% |
| 2018 | 45.830 | 11,98% | 235.000 | 61,43% | 47.334 | 12,37% | 54.411 | 14,22% | 382.575 | 100,00% |
| 2017 | 46.701 | 12,14% | 236.374 | 61,44% | 47.273 | 12,29% | 54.405 | 14,14% | 384.753 | 100,00% |
| 2016 | 47.304 | 12,25% | 237.891 | 61,60% | 47.046 | 12,18% | 53.974 | 13,97% | 386.215 | 100,00% |
| 2015 | 48.207 | 12,40% | 239.925 | 61,70% | 47.171 | 12,13% | 53.547 | 13,77% | 388.850 | 100,00% |

² (Fonte: dati Istat al 01/01/2022)

L'indice di invecchiamento mostra come il 27,96% della popolazione aziendale presenti un'età superiore ai 65 anni, con un valore in costante aumento dal 2015 al 2021.

L'indice di vecchiaia si attesta ad un valore di 247,74% nel 2022, progredendo nel corso degli anni.

L'indice di carico sociale è anch'esso in crescita nel periodo considerato, si attesta nel 2021 ad un valore del 64,59%. **L'indice di dipendenza giovanile**, con tendenza in calo, si attesta nel 2022 ad un valore del 18,75%. **L'indice di dipendenza senile**, con tendenza in crescita, si attesta nel 2022 al 46,02%.

| ANNO | INDICE DI INVECCHIAMENTO (popolazione ≥ 65 anni / totale popolazione) | INDICE DI VECCHIAIA (popolazione ≥ 65 anni / popolazione 0-14 anni) | INDICE DI CARICO SOCIALE (pop. 0-14 anni + pop. ≥ 65 anni) / (pop. 15-64 anni) | INDICE DI DIPENDENZA GIOVANILE (pop. 0-14 anni / pop. 15-64 anni) | INDICE DI DIPENDENZA SENILE (pop. ≥ 65 anni / pop. 15-64 anni) |
|------|---|---|--|---|--|
| 2022 | 27,96% | 247,74% | 64,59% | 18,57% | 46,02% |
| 2021 | 27,56% | 240,92% | 63,92% | 18,75% | 45,17% |
| 2020 | 27,19% | 234,05% | 63,41% | 18,98% | 44,43% |
| 2019 | 26,87% | 227,22% | 63,13% | 19,29% | 43,83% |
| 2018 | 26,59% | 222,01% | 62,80% | 19,50% | 43,30% |
| 2017 | 26,43% | 217,72% | 62,77% | 19,76% | 43,02% |
| 2016 | 26,15% | 213,56% | 62,35% | 19,89% | 42,47% |

I SERVIZI SANITARI EROGATI

L'USL Umbria n. 2 eroga le attività di pertinenza dei livelli essenziali di assistenza. Il DPCM 12 gennaio 2017, pubblicato il 18 marzo in Gazzetta Ufficiale - Supplemento n.15, sostituisce integralmente il DPCM 29 novembre 2001 e definisce i nuovi LEA, che si riportano di seguito.

1. Prevenzione collettiva e sanità pubblica

- sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- salute animale e igiene urbana veterinaria;
- sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
- sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- attività medico legali per finalità pubbliche.

2. Assistenza distrettuale

- assistenza sanitaria di base:

- lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e la sensibilizzazione sulle tematiche attinenti l'adozione di comportamenti e stili di vita positivi per la salute;
- l'informazione ai cittadini sui servizi e le prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale e regionale e sul loro corretto uso, incluso il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie ed il regime delle esenzioni;
- l'educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari, il counselling per la gestione della malattia o della disabilità e la prevenzione delle complicanze;
- l'attivazione di percorsi assistenziali a favore del bambino, che prevedano la presa in carico entro il primo mese di vita, in collaborazione con le strutture consultoriali ed ospedaliere, e a favore dell'adulto, anche attraverso la valutazione multidimensionale e la tenuta della scheda sanitaria, il consulto con lo specialista e la continuità assistenziale nelle fasi dell'accesso al ricovero ospedaliero, della degenza e in quella successiva alla dimissione, con particolare riguardo alle patologie ad andamento cronico ed evolutivo;
- il controllo dello sviluppo fisico, psichico e sensoriale del bambino e la ricerca di fattori di rischio, con particolare riguardo alla individuazione precoce dei sospetti handicap neuro-sensoriali e psichici ed alla individuazione precoce di problematiche anche socio sanitarie;
- le visite ambulatoriali e domiciliari a scopo preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo;
- la prescrizione di medicinali inclusi nel prontuario terapeutico nazionale, la prescrizione di prestazioni specialistiche incluse nel Nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale, la proposta di prestazioni di assistenza integrativa, la proposta di ricovero e la proposta di cure termali;
- le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie previste dalla normativa nazionale e dalla normativa regionale applicativa;
- l'esecuzione degli screening previsti dalla normativa nazionale e dalla normativa regionale applicativa;
- l'assistenza domiciliare programmata alle persone con impossibilità a raggiungere lo studio del medico perché non deambulanti, o con gravi limitazioni funzionali o non trasportabili con mezzi comuni, anche in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa ed in collegamento, se necessario, con l'assistenza sociale;
- le certificazioni obbligatorie per legge ai fini della riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori, nonché ai fini dell'astensione dal lavoro del genitore a seguito di malattia del bambino;
- la certificazione di idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche di cui al decreto del Ministro della sanità del 24 aprile 2013 e successive modifiche e integrazioni, art. 3, lettera a) e c) nell'ambito scolastico, a seguito di specifica richiesta dell'autorità scolastica competente;
- la certificazione per l'incapacità temporanea al lavoro;
- la certificazione per la riammissione al lavoro, laddove prevista;
- le vaccinazioni obbligatorie e le vaccinazioni raccomandate alla popolazione a rischio;

- l'osservazione e la rilevazione di reazioni indesiderate post-vaccinali;
 - continuità assistenziale;
 - assistenza ai turisti;
- b) emergenza sanitaria territoriale:
- gli interventi sanitari mediante mezzi di soccorso di base e avanzato, terrestri e aerei, con personale sanitario adeguatamente formato,
 - i trasporti sanitari secondari assistiti e non assistiti,
 - le attività assistenziali e organizzative in occasione di maxiemergenze, eventi a rischio nucleare, biologico, chimico e radiologico (NBCR),
 - le attività assistenziali in occasione di eventi e manifestazioni programmati, con le modalità fissate dalle regioni e province autonome;
- c) assistenza farmaceutica:
- assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate;
 - assistenza farmaceutica erogata attraverso i servizi territoriali e ospedalieri;
- d) assistenza integrativa:
- erogazione di dispositivi medici monouso;
 - erogazione di presidi per persone affette da malattia diabetica o da malattie rare;
 - erogazione di prodotti dietetici;
- e) assistenza specialistica ambulatoriale;
- f) assistenza protesica;
- g) assistenza termale;
- h) assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale:
- cure domiciliari (cure domiciliari di livello base, cure domiciliari integrate - ADI - di I[^], II[^] e III[^] livello);
 - cure palliative domiciliari (livello base e livello specialistico);
 - assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie;
 - assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo;
 - assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali;
 - assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità;
 - assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche;
- i) assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale:
- assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario;
 - assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti;
 - assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita;
 - assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali;
 - assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità;
 - assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche.

3. Assistenza ospedaliera

- a. pronto soccorso;
- b. ricovero ordinario per acuti;
- c. day surgery;
- d. day hospital;
- e. riabilitazione e lungodegenza post acuzie;
- f. attività trasfusionali;
- g. attività di trapianto di cellule, organi e tessuti;
- h. centri antiveleni (CAV).

4. Assistenza specifica a particolari categorie

- assistenza agli invalidi;
- persone affette da malattie rare;
- persone affette da malattie croniche e invalidanti;
- persone affette da fibrosi cistica;
- nefropatici cronici in trattamento dialitico;
- persone affette da Morbo di Hansen;
- persone con infezione da HIV/AIDS;
- persone detenute ed internate negli istituti penitenziari e minorenni sottoposti a provvedimento penale;
- assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità;
- persone con disturbi dello spettro autistico;
- assistenza sanitaria all'estero;
- cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea iscritti al Servizio sanitario nazionale;
- cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea non in regola con il permesso di soggiorno.

L'attività erogata dalle Strutture Aziendali nel corso del 2021 è stata fortemente condizionata e caratterizzata dalla necessità di rispondere ai bisogni assistenziali della popolazione, derivanti dall'epidemia da SARS COV-2.

Lo scenario epidemiologico caratterizzato dal rapido diffondersi dell'epidemia ha reso necessario, a livello Centrale e Regionale, attuare ogni procedura ritenuta necessaria a tutela e garanzia della salute pubblica e mettere in atto drastiche misure di contenimento e contestualmente avviare un processo di riorganizzazione dei servizi sanitari per rendere adeguata l'offerta ai bisogni della popolazione nel momento dell'emergenza COVID-19 sia in ambito ospedaliero che territoriale seguendo le indicazioni ministeriali.

Per far fronte alla gestione dello stato di emergenza, si sono susseguiti in materia molti atti che, sia a livello nazionale che regionale, hanno disposto una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria finalizzata a fronteggiare la pandemia, con un'ingente trasformazione anche dei processi di

erogazione delle ordinarie prestazioni sanitarie da parte delle strutture pubbliche e delle private accreditate, sia sul versante delle attività ospedaliere, sia delle attività territoriali.

Una tale emergenza sanitaria ha imposto la riconfigurazione della rete ospedaliera e territoriale che ha richiesto anche la riorganizzazione delle risorse umane interne ed il reclutamento, per quanto possibile, di ulteriori operatori, al fine di consentire una risposta dei Servizi territoriali ed ospedalieri al carico determinatosi per il sovrapporsi dell'epidemia alle altre patologie. In particolare e con riferimento ai posti letto della rete ospedaliera e della rete territoriale si è cercato di:

- dedicare parte della rete Ospedaliera alle casistiche non COVID e parte alle casistiche COVID,
- dedicare parte della rete territoriale alle casistiche non COVID e parte alle casistiche COVID, tenendo presente tutte le strutture residenziali pubbliche e private presenti nel territorio.

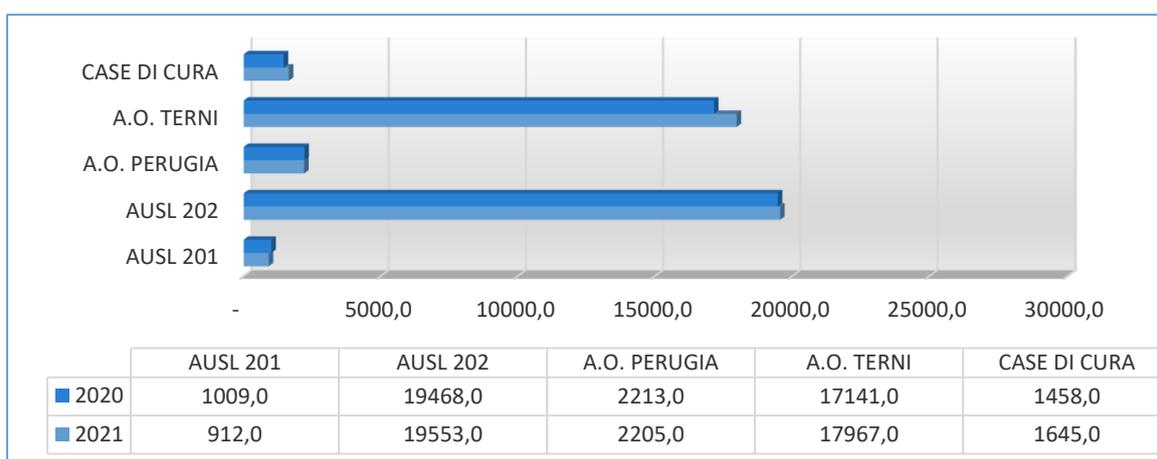
ANALISI DELLA DOMANDA E DELL'OFFERTA DEI SERVIZI ALLA POPOLAZIONE RESIDENTE – FLUSSI DI MOBILITÀ

Nell'anno 2021 i ricoveri (acuti e di riabilitazione) erogati dall'Azienda USL Umbria n. 2 a pazienti residenti nello stesso territorio sono stati complessivamente 19.553.

L'attività di ricovero erogata direttamente dall'Azienda USL Umbria n. 2 per i propri residenti è stata pari al 46,24%, seguita da quella dell'Azienda Ospedaliera di Terni con il 42,49%, che comprende i DRG di alta specialità.

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

Ricoveri (in strutture umbre) per pazienti residenti nell'Azienda USL Umbria 2. Anni 2020-2021



PRINCIPALI DATI ECONOMICO FINANZIARI

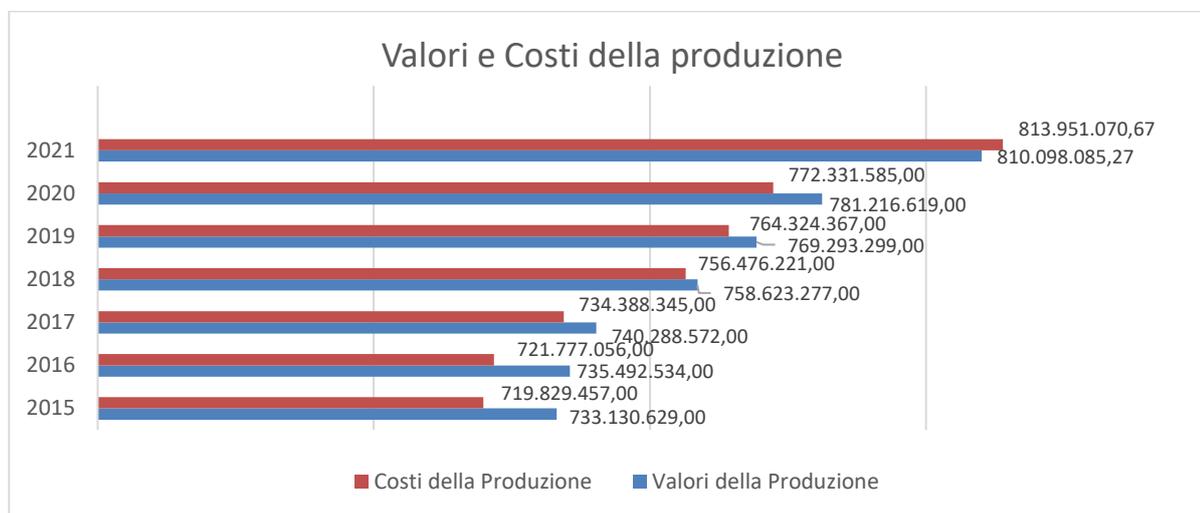
L'USL Umbria n. 2 elabora i propri bilanci in ottemperanza ai principi contabili per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, nonché in osservanza della normativa contabile vigente. Di seguito si



illustrano i risultati economici della gestione degli esercizi contabili precedenti all'anno 2021. Nello specifico, si presenta il confronto dei conti economici 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020 e 2021

| DESCRIZIONE | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|--|---------------|----------------|--------------|----------------|---------------|-----------------|------------------|
| A) Valore della Produzione | 3.130.629 | 5.492.534 | 288.572 | 758.623.277 | 764.324.367 | 31.216.619 | 0.098.085,27 |
| B) Costi della Produzione | 1.829.457 | 1.777.056 | 388.345 | 756.476.221 | 769.293.299 | 72.331.585 | 3.951.070,67 |
| (A-B) Differenza tra valori e costi della produzione | 1.301.172 | 3.715.478 | 00.228 | 2.147.056 | 4.968.932 | 3.885.034 | 3.816.986 |
| C) Proventi ed oneri finanziari | -1.580 | -2.260 | 1.243 | 105.763 | 17 | 7.225 | 95,26 |
| E) Proventi e oneri straordinari | 530.055 | 897.417 | 15.797 | 12.321.543 | 19.634.859 | 5.820.535 | 1.927.069,54 |
| Risultato prima delle imposte (A - B +/-C +/-D +/-E) | 1.829.646 | 3.610.634 | 3.782,00 | 14.574.362 | | 4.712.795 | 1.058.341,36 |
| RISULTATO DI ESERCIZIO | 42.034 | 062.820 | 1.478 | 103.112 | 27.927 | 61.44322 | 15.838,04 |

Valori vs Costi della Produzione anni 2015-2021



Da una analisi delle voci di ricavo emerge che il valore della produzione dell'esercizio 2021 è pari a € 813.915.070,67 in aumento rispetto agli anni precedenti (2021-2020-2019-2018-2017-2016-2015). L'aumento del valore della produzione dell'esercizio 2021 non si correla con una diminuzione dei costi della produzione, che risultano in leggero aumento rispetto agli anni precedenti.

RISULTATO DI ESERCIZIO 2021

Il risultato di esercizio 2021, rilevato in sede consuntiva del conto economico, evidenzia un risultato positivo (utile di esercizio: 15.838,04 euro).

Dati economici e finanziari - Anno 2020

| | | |
|----------------------------------|---|--------------------------|
| Costi per livello di assistenza* | assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro | 36.561 (importo €/1000) |
| | assistenza distrettuale | 474.219 (importo €/1000) |
| | assistenza ospedaliera | 317.118 (importo €/1000) |
| Costi per il personale | | 196.948.122 |
| Costi di produzione | | 810.098.085 |

| | |
|--|-------------|
| Valore della produzione | 813.951.071 |
| Differenza tra valori e costi della produzione | 3.816.986 |
| Utile dell'esercizio | 15.838,04 |

* Rispetto alle percentuali standard, la ripartizione delle risorse tra i 3 livelli essenziali di assistenza nel 2021 mostra uno spostamento dal Livello Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro e dal Livello Assistenza Ospedaliera a favore del Livello Assistenza Territoriale. Tale fenomeno va ricondotto all'emergenza pandemica che ha prodotto una riduzione delle attività ospedaliere programmate e un incremento delle attività territoriali (USCA e Assistenza domiciliari ai paziente Covid e post-covid).

GLI INVESTIMENTI

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

La scelta specifica degli investimenti, è stata definita dal:

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

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

ANALISI DEL CONTESTO

Secondo le precisazioni contenute nella determina ANAC 12/2015 e nelle linee guida ANAC del 02/02/2022, l'analisi del contesto esterno ha come obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'amministrazione o l'ente opera, con riferimento, ad esempio, a variabili culturali, criminologiche, sociali ed economiche del territorio possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno. A tal fine, sono da considerare sia i fattori legati al territorio di riferimento dell'amministrazione o ente, sia le relazioni e le possibili influenze esistenti con i portatori e i rappresentanti di interessi esterni.

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

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

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

L'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 2 è soggetto istituzionale costituito dal 1 gennaio 2013, gestisce i servizi sanitari nei territori afferenti alle preesistenti ASL3 e ASL4 dell'Umbria già istituite con L.R. 20/01/1998 n. 3. L'istituzione dell'Azienda è stata disposta con L.R. n.18/2012, legge confluita successivamente nel Testo Unico 9 aprile 2015 n. 11, che riunisce le disposizioni di legge regionali in materia di Sanità e Servizi Sociali.

L'istituzione della USL Umbria 2, ha determinato la necessità di una profonda rivisitazione dell'organizzazione aziendale, nell'ottica di una continua rispondenza alla programmazione e politica aziendale e regionale, in particolare rispetto alla ridefinizione della rete ospedaliera adottata con Delibera del Direttore Generale n. 1009/2016 in attuazione della D.G.R. 212/2016.

Il processo di unificazione delle preesistenti Aziende ha determinato l'istituzione di 11 Dipartimenti aziendali, la riorganizzazione del quadro organizzativo gestionale del Servizio Infermieristico, Tecnico, Riabilitativo, Ostetrico e della Prevenzione (S.I.T.R.O.) in attuazione della Direttiva di Giunta Regionale Umbria n. 451 del 21/04/2017, la strutturazione delle articolazioni gestionali di primo e di secondo livello con riferimento all'ambito sanitario nonché in quello tecnico amministrativo dell'Area Centrale, a cui spetta il compito di garantire le funzioni di supporto al processo produttivo. Si è provveduto, altresì, a rinnovare l'articolato degli incarichi dirigenziali di natura professionale.

Le misure organizzative assunte sono volte a consolidare l'unificazione e l'integrazione dei servizi, nonché la regolamentazione di processi e procedure ritenuti di rilevanza strategica ed operativa.

Per la valutazione del contesto interno occorre analizzare attentamente le peculiarità aziendali all'interno delle quali si possono evidenziare una serie di condizioni favorevoli alle infiltrazioni di fenomeni corruttivi ed un assetto interno che, al contrario, contribuisce al contrasto.

ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

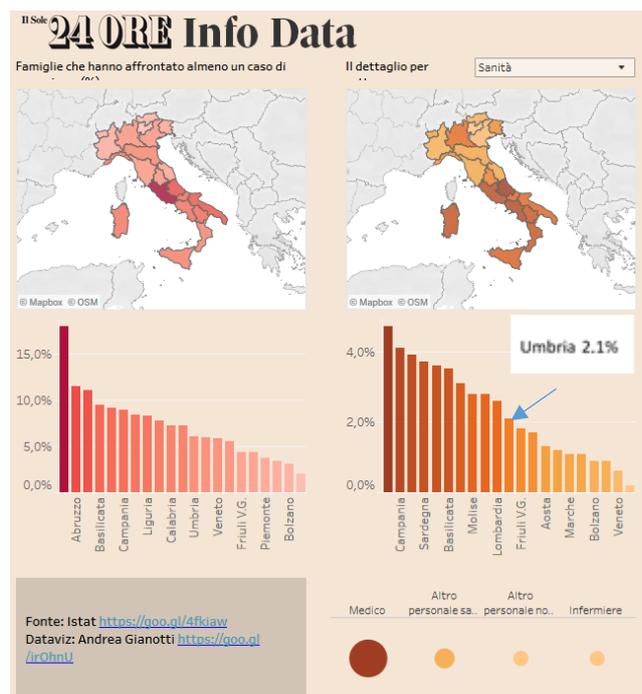
L'Istat per la prima volta ha studiato (nel 2017) il fenomeno corruttivo in Italia all'interno dell'indagine sulla sicurezza dei cittadini. La novità dell'istituto di statistica è stata quella di affrontare il problema dal punto di vista delle famiglie, registrando quante avessero mai avuto a che fare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

Le medie nazionali sono quindi un segnale preoccupante, ma ancor più attenzione destano i

valori regionali. **Se a Trento solamente due famiglie ogni 100 ha avuto a che fare con la corruzione, nel Lazio, regione dove il numero di risposte positive è il più alto, sono state ben diciotto.**

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

Quindi non c'è solo la vendita di voti alle elezioni, anche se richieste di questo genere



hanno riguardato ben il 3,7% della popolazione adulta: c'è anche una percezione diffusa del fenomeno in ambiente

Figura 1 Indagine ISTAT

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

Altri elementi di valutazione giungono dai lavori prodotti da ANAC. In particolare ci si riferisce qui alla pubblicazione *"La corruzione in Italia (2016-2019) Numeri, luoghi e contropartite del malaffare"* che, se pur datata, fornisce importanti elementi per le opportune valutazioni. Fermo restando la difficoltà strutturale di individuare con esattezza le dimensioni effettive della corruzione, afferma infatti ANAC, gli elementi tratti dalle indagini penali possono comunque fornire importanti indicazioni riguardo la fenomenologia riscontrata in concreto e i fattori che ne agevolano la diffusione, favorendo l'elaborazione di indici sintomatici di possibili comportamenti corruttivi. Fra agosto 2016 e agosto 2019 sono state 117 le ordinanze di custodia

cautelare per corruzione spiccate dall’Autorità giudiziaria in Italia e correlate in qualche modo al settore degli appalti: esemplificando è quindi possibile affermare che sono stati eseguiti arresti ogni 10 giorni circa. Si tratta in ogni caso di una approssimazione per difetto rispetto al totale, poiché ordinanze che icu oculi non rientravano nel perimetro di competenza dell’Anac non sono state acquisite. In linea con questa cadenza temporale sono anche i casi di corruzione emersi analizzando i provvedimenti della magistratura: 152, ovvero uno a settimana (solo a considerare quelli scoperti).

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

Conclude ANAC la sua analisi “La sfida rappresentata dalla corruzione è tuttavia di entità tale da richiedere un armamentario variegato, non limitato alla sola repressione. Il numero esiguo di casi scoperti rispetto al totale, come riconosciuto dalla dottrina, conferma del resto la necessità di agire in una logica di sistema che prescinda dall’aspetto strettamente patologico”.

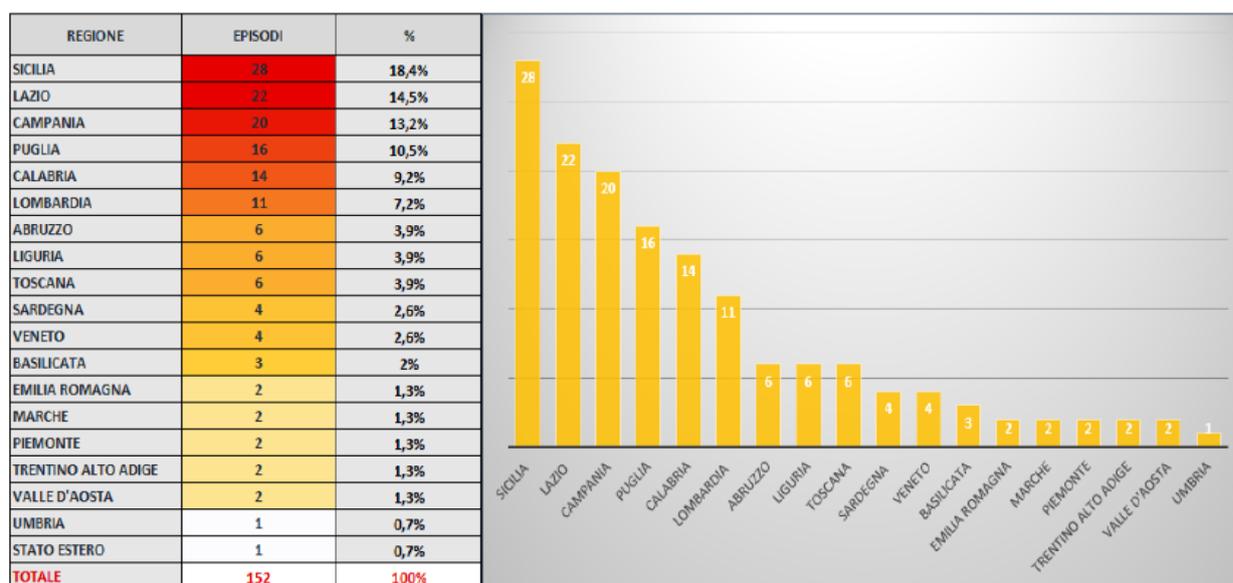


Figura 2 Episodi di corruzione 2016-2019 (fonte ANAC)

Analisi del contesto regionale ed aziendale.

Con nota prot. 0261236 del 20/12/2021 il RPC ha richiesto il supporto delle Prefetture di Terni e Perugia ai sensi dell’art. 1 comma 6 della L. 190/2012 nell’analisi del contesto esterno.

La Prefettura di Terni (Prot. 0068232 del 24/12/2021) con nota protocollata in ingresso al numero 0272276 del 24/12/2021, ha fornito informazioni ponendo l’attenzione su:

- fenomeno della criminalità organizzata: “... non sono stati rilevati fenomeni delittuosi ascrivibili a sodalizi di tipo mafioso o comunque ad associazioni criminali che abbiano l’esclusivo controllo delle attività illecite poste in essere nel territorio”, significando che i “reati “indicatori” di una presenza mafiosa, allorquando vengono perpetrati, risultano essere posti da singoli individui o ristretti gruppi di persone senza un disegno criminoso strategico”.

- presenza di importante sito industriale “Acciaierie” che sembra *“non aver comportato, fino ad oggi, infiltrazione di organizzazioni criminali strutturate con connotazioni associative...”*
- presenza della Casa Circondariale in cui sono ristretti anche detenuti sottoposti al regime carcerario di cui all’art. 41bis Ordinamento Penitenziario; *“la presenza di detenuti di tale spessore criminale non ha influito, al momento, né sulla stanzialità di particolari soggetti provenienti da quelle aree regionali a forte impatto criminale, né sulla infiltrazione, nel territorio ternano, di fenomeni criminali con connotazione di criminalità organizzata.”*
- illegalità nella pubblica amministrazione: *“... si evidenzia che il numero di denunce per reati contro la PA non è particolarmente rilevante”.*

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

La Prefettura di Perugia (nota prot. 0014204 del 09/02/2021) con nota protocollata in ingresso al numero 0029038 del 09/02/2021, ha fornito informazioni ponendo l’attenzione sui:

“reati contro la Pubblica Amministrazione-la cui incidenza numerica rispetto al totale dei delitti commessi appare allo stato abbastanza limitata-nel 2020 si è registrato un loro incremento rispetto all’anno precedente”.

Per quanto concerne i settori attività maggiormente colpite, la Prefettura comunica che:

“In relazione al settore degli appalti di lavori, servizi e fornitore, si rappresenta che le violazioni alla vigente normativa, rilevate dalla Guardia di Finanza attengono:

- *al frazionamento artificioso dei servizi commissionati, in modo da poter svolgere procedure di affidamento diretto, evitando il ricorso a procedure di gara più complesse*
- *all’illegittima proroga di appalti di servizi*
- *alla corresponsione di somme di denaro quale corrispettivo della mancata partecipazione ad un’asta.*

Nell’ambito dei concorsi pubblici, invece, le indagini hanno fatto emergere taluni casi di coinvolgimento, a vario titolo (con particolare riferimento ai reati di corruzione, abuso d’ufficio e falsità ideologica in atto pubblico) di persone sia appartenenti alle commissioni giudicatrici, sia esterne ad esse”.

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

Nell'analisi del contesto esterno è utile anche verificare l'indice di Percezione della Corruzione (CPI) di Transparency International che misura la percezione della corruzione nel settore pubblico e nella politica in numerosi Paesi di tutto il mondo. Transparency si basa sull'opinione di esperti che assegnano una valutazione che va da 0, per i Paesi ritenuti molto corrotti, a 100, per quelli "puliti". La metodologia cambia ogni anno per riuscire a dare uno spaccato sempre più attendibile delle realtà locali. L'Indice si basa su 13 sondaggi e valutazioni di esperti sulla corruzione nel settore pubblico, ognuno dei quali assegna un punteggio da 0 (altamente corrotto) a 100 (per niente corrotto). Oltre due terzi dei Paesi analizzati ha un punteggio inferiore a 50. Dal 2012 solo 20 Paesi hanno visto migliorare in maniera significativa il loro punteggio è tra questi vi è l'Italia con uno degli incrementi maggiori (+10 punti). Sono invece 16 i Paesi che hanno subito un forte peggioramento.



Figura 3 L'indice di Percezione della Corruzione (CPI) di Transparency International

Dal 2012 ad oggi le cose sono quindi notevolmente cambiate. Era l'anno dell'approvazione della legge anticorruzione e solo due anni dopo veniva istituita l'Autorità Nazionale Anticorruzione. L'Italia in questi anni ha scalato 30 posizioni, non poche soprattutto se si pensa che il trend è in assoluta controtendenza con l'andamento registrato dalla maggior parte degli altri Paesi. Quest'anno infatti, l'Indice di Percezione della Corruzione vede l'Italia al 42° posto nel mondo su 180 Paesi, con un punteggio di 56 su 100. Conferma quindi il trend in lenta crescita del nostro Paese nella classifica globale e lo stesso vale per la classifica europea, dove ci allontaniamo dagli ultimi posti.

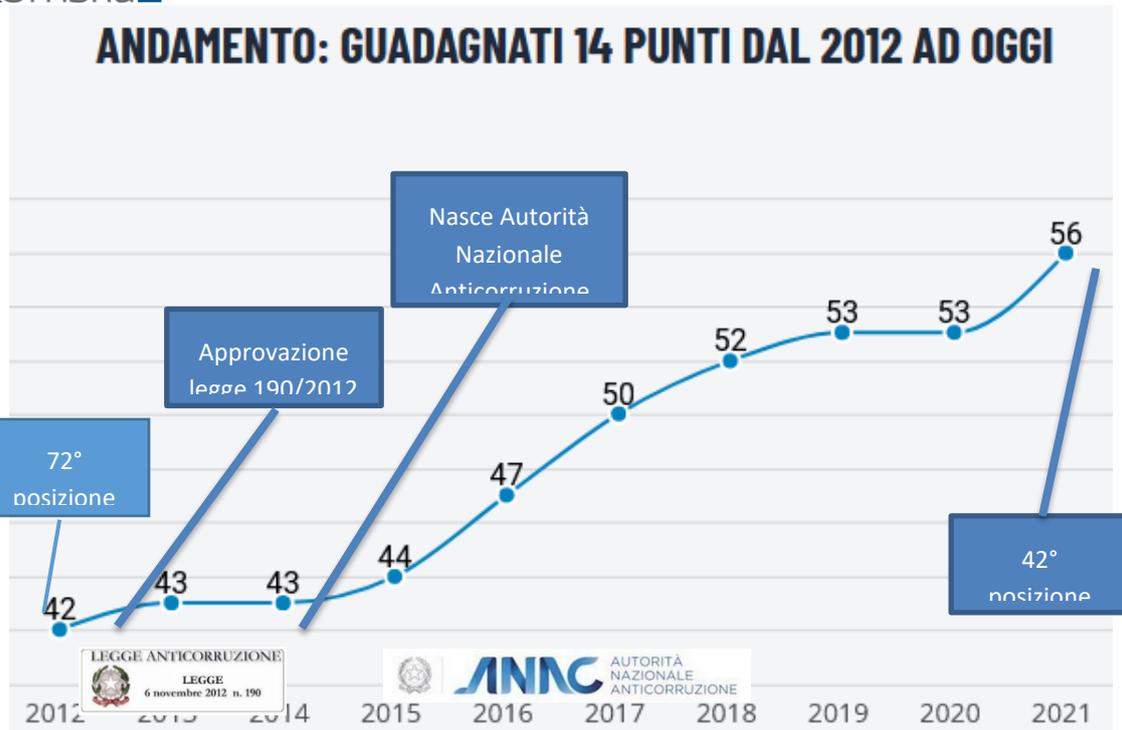


Figura 4 L'indice di Percezione della Corruzione (CPI) di Transparency International

CONTESTO ESTERNO E STAKEHOLDERS.

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

Anche con il PTPCT 2022 - 2024, si è proceduto alla diffusione, attraverso la pubblicazione in consultazione sul sito web aziendale, dell’avviso rivolto a stakeholders e dipendenti per consentire a TUTTI di poter contribuire al miglioramento del Piano inviando le proprie osservazioni e suggerimenti. Ciò consente a tutti di avere esatta contezza del contenuto del piano e quindi offre la possibilità di fornire osservazioni concrete e puntuali sulla bozza dell’approvando PTPCT. Tale approccio appare particolarmente significativo in quanto consente sempre di più lo scambio continuo di informazioni, dati e condivisione degli iter procedurali fra l’organo di indirizzo politico, i Servizi Aziendali, i RPC e RT, gli stakeholder ed i cittadini in generale.



VALORE PUBBLICO

L'Azienda Sanitaria Usl Umbria 2 è un'organizzazione che:

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

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

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

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

L'Azienda concorre alla più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Umbria non limitandosi a garantire prestazioni sanitarie ma perseguendo l'obiettivo "salute" inteso quale miglioramento complessivo della qualità della vita della popolazione, secondo un approccio sinergico ed integrato per lo sviluppo economico, di tutela ambientale, dell'urbanistica, dei trasporti, dell'agricoltura, dello sport e tempo libero, per l'impatto che le stesse hanno sullo stato di salute. Fondamentale è la relazione con i vari stakeholder che entrano nel sistema di produzione dei

servizi: privato accreditato, organismi e istituzioni del Terzo Settore, forme di associazionismo strutturato e gruppi di auto – mutuo aiuto. Un ruolo di rilievo viene riconosciuto alle Autonomie Locali cui spetta una funzione di garanzia dei bisogni delle comunità. La visione strategica dell'azienda e sviluppare integrazioni, alleanze e strategie sia all'interno dell'organizzazione con lo sviluppo dei processi di aziendalizzazione e responsabilizzazione della dirigenza su obiettivi e risultati, sia all'esterno per arricchire il capitale sociale esistente e migliorare l'offerta dei servizi.

INNOVAZIONE E DIGITALIZZAZIONE, SEMPLIFICAZIONE E REINGEGNERIZZAZIONE

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

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

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

In tale ottica l'Azienda, già nel corso del 2021, ha operato una parziale migrazione dei propri sistemi verso il Data Center Regione Umbria (DCRU) al fine di aumentare i livelli di disponibilità e sicurezza dei propri sistemi. Tale attività proseguirà nelle prossime annualità anche in funzione dei progetti previsti nell'ambito del PNRR M6.C2 – 1.1.1. AMMODERNAMENTO DEL PARCO TECNOLOGICO E

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

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

- LIS per la gestione dei laboratori di analisi a carattere regionale;
- RIS/PACS per la diagnostica per immagini a carattere regionale;
- Anatomia patologica digitale a carattere regionale;
- Immuno-Trasfusionale a carattere regionale;

- MPI - Middleware - Repository - Order Entry a carattere regionale;
- Potenziamento CCE e integrazioni HIS a carattere aziendale;
- M6.C1 – 1.2.2 Casa come primo luogo di cura: Centrali operative territoriali-Interconnessione.

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

- a. Favorire la collaborazione/cooperazione delle aziende anche in considerazione della contenuta dimensione regionale nell’ottica di migliorare i servizi offerti ai pazienti e facilitare l’attività degli operatori sanitari
- b. Ottenere economie di scala
- c. Definire un’organizzazione del sistema informativo flessibile e dinamica anche in vista dei cambiamenti imposti dal futuro Piano Sanitario Regionale
- d. Omogeneizzare e rendere uniforme l’erogazione dei servizi digitali su tutte le Aziende Sanitarie e di conseguenza per tutti i cittadini

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

Pertanto sono individuati come prioritari gli interventi mirati:

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

- ad un maggior controllo a livello regionale dei fattori di produzione, mediante la realizzazione di un sistema regionale di monitoraggio contabile delle Aziende sanitarie; a favorire l'interoperabilità tra i sistemi informativi.

POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI ED EXTRA OSPEDALIERI

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

Le linee di sviluppo immaginate da questa Azienda, in attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza – Missione 6c1, sulla base della conoscenza del territorio, dei fabbisogni sanitari e socio-sanitari, dei rapporti con gli Enti locali, della storia anche recente prevedono di insediare le nuove unità di offerta nell'ambito di strutture già di proprietà della USL Umbria 2, in modo di integrare gli asset esistenti e non disperdere gli investimenti effettuati dal SSR. Nel contempo tali indirizzi per i

nuovi investimenti PNRR sono anche integrati con il piano investimenti in corso e in programmazione sia con risorse proprie regionali che con le risorse derivanti dal piano nazionale di edilizia sanitaria, nonché con gli interventi avviati a seguito DL 34/2020 per l'emergenza Covid.

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

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

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

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

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

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

PERFORMANCE

Gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi ed i relativi indicatori per la misurazione della Performance Organizzativa trovano il loro focus nell'insieme dei documenti di pianificazione e di programmazione previsti dalla normativa regionale e dal ciclo di programmazione aziendale.

In attesa dell'adozione del nuovo PSSR in fase di redazione sono stati assegnati ai Direttori Generali gli obiettivi per l'anno 2022 con DGR n.857 del 10/08/2022 "Assegnazione obiettivi ai Direttori generali delle Aziende Sanitarie regionali per l'anno 2022".

| OBIETTIVI REGIONALI DGR 857 DEL 10/08/2022 | | | | | | | |
|--|--|----------------------------|-----------------|--|--|---------------------|--|
| n° obiettivo generale | Descrizione Obiettivo generale | Codice obiettivo specifico | Area Funzionale | Azioni previste (obiettivo specifico) | Indicatore | Tempi di attuazione | Risultato atteso Aziende |
| 1 | Raggiungimento dell'equilibrio di bilancio riferito al CE del IV trimestre | 001 | Trasversale | Azioni di efficientamento per il raggiungimento dell'equilibrio economico. Trasmissione al Servizio "Programmazione Economico Finanziaria, controllo di gestione, reporting delle Aziende, GSA" entro il 31.1.2023 del modello di conto economico ministeriale | Raggiungimento dell'equilibrio di bilancio | 31/12/2022 | 100% = 100% risultato |
| 2 | Rispetto del tetto di spesa del personale | 002 | Trasversale | Trasmissione al Servizio "Amministrativo e Risorse umane del SSR" entro il 31.1.2023 della rendicontazione del rispetto del tetto di spesa del personale come ridefinito per ciascuna Azienda dalla DGR n. 581 del 23 giugno 2021 | Rispetto del tetto assegnato | 31/12/2022 | 100% = 100% risultato |
| 3 | Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari | 003a | Trasversale | Limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti | Importo economico del costo degli acquisti diretti N.B: l'importo è valido a livello regionale, ogni Azienda raggiunge l'obiettivo solo se è rispettato il livello complessivo regionale | 31/12/2022 | ≤ soglia assegnata con provvedimento regionale |

OBIETTIVI REGIONALI DGR 857 DEL 10/08/2022

| n° obiettivo generale | Descrizione Obiettivo generale | Codice obiettivo specifico | Area Funzionale | Azioni previste (obiettivo specifico) | Indicatore | Tempi di attuazione | Risultato atteso Aziende |
|-----------------------|--|----------------------------|-----------------|--|--|---------------------|---|
| | | O03b | Trasversale | Limite di Costo Dispositivi Medici | Importo economico del costo dei Dispositivi medici N.B: l'importo è valido a livello regionale, ogni Azienda raggiunge l'obiettivo solo se è rispettato il livello complessivo regionale | 31/12/2022 | ≤ soglia assegnata con provvedimento regionale |
| 4 | Governo del Risk Management | O04 | Trasversale | Attivare le azioni con contenimento dei rischi a seguito dell'analisi dei sinistri | N. di azioni di contenimento dei rischi attivate /N. totale sinistri nell'anno di riferimento | 31/12/2022 | > 70 % = 100% risultato ≥ 50% = 50% risultato < 50% = 0 risultato raggiunto |
| 5 | Miglioramento performance del sistema | O05 | Trasversale | Miglioramento delle Performance dell'Azienda valutate dal Mese | Bersaglio 2022 migliorato rispetto a bersaglio 2021 per 10 obiettivi della tabella allegata | 31/12/2022 | 100% = 100% risultato |
| 6 | Attuazione interventi PNRR missione 6 Salute | O06 | Trasversale | Realizzazione azioni e interventi previsti dalla Missione 6 | Rispetto dei tempi previsti dalle milestone e target (M&T) rispetto di tutte le scadenze delle attività intermedie, indicate dal ministero e dalla regione | 31/12/2022 | 100% = 100% risultato |
| 7 | Raggiungimento obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione previsti per il 2022 | O07 | Prevenzione | Individuare i referenti per i PP e i PL del PRP e attuare quanto previsto dai singoli programmi nel rispetto delle indicazioni regionali | N. referenti individuati/N. referenti previsti = 100% | 31/12/2022 | 100% = 100% risultato |
| | | | | L'obiettivo è raggiunto se sono soddisfatti entrambi gli indicatori | N. Azioni-Interventi-Obiettivi raggiunti/ N. Azioni-Interventi-Obiettivi previsti dalla programmazione =100% (Azioni-Interventi-Obiettivi sono definiti per singolo PP e PL con i referenti individuati) | 31/12/2022 | 100% = 100% risultato |
| 8 | Avvio Attuazione DM 77 | O08a | Territorio | Apertura e avvio attività Strutture previste dal DM 77 | Apertura di almeno 1 Casa della Comunità per Azienda con presa in carico globale del paziente nell'ambito degli interventi di | 31/12/2022 | 100% = 100% risultato |

OBIETTIVI REGIONALI DGR 857 DEL 10/08/2022

| n° obiettivo generale | Descrizione Obiettivo generale | Codice obiettivo specifico | Area Funzionale | Azioni previste (obiettivo specifico) | Indicatore | Tempi di attuazione | Risultato atteso Aziende |
|-----------------------|---|----------------------------|---------------------|--|---|---------------------|--------------------------|
| | | | | | integrazione socio-sanitaria | | |
| | | O08b | Territorio | | Apertura di almeno 1 Ospedale di Comunità per Azienda | 31/12/2022 | 100% = 100% risultato |
| 9 | Governo delle liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali | O09a | Territorio-Ospedale | Recupero del 100% delle prestazioni ambulatoriali inserite nel piano operativo di recupero delle liste di attesa e gestione dei percorsi di tutela | <p>N. Prestazioni presenti nei percorsi di tutela ante 2022 al 31/12/2022 = 0</p> <p>N. Prestazioni inerte nei percorsi di tutela nel 2022 e presenti al 31/12/2022 = 15.000 a livello regionale</p> <p>N.B: il limite fissato è pari a: - 8.000 per la USL Umbria 1 - 7.000 per la USL Umbria 2 - Aziende Ospedaliere per tetto concordato con Azienda Territoriale</p> <p>L'obiettivo è raggiunto se sono soddisfatti entrambi gli indicatori</p> | 31/12/2022 | 100% = 100% risultato |
| | | O09b | Territorio-Ospedale | Rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali | <p>N. Prestazioni di classe B,D e P, sottoposte a monitoraggio ministeriale, erogate entro i tempi previsti per le classi indicate/N. prestazioni erogate per le stesse classi = > 90%</p> <p>N.B: - i valori della USL Umbria 1 sono di riferimento anche per l'AO di Perugia - i valori della USL Umbria 2 sono di riferimento anche per l'AO di Terni</p> | 31/12/2022 | 100% = 100% risultato |

OBIETTIVI REGIONALI DGR 857 DEL 10/08/2022

| n° obiettivo generale | Descrizione Obiettivo generale | Codice obiettivo specifico | Area Funzionale | Azioni previste (obiettivo specifico) | Indicatore | Tempi di attuazione | Risultato atteso Aziende |
|-----------------------|---|----------------------------|-----------------|---|--|---------------------|--------------------------|
| 10 | Governo delle liste di attesa chirurgiche | O10a | Ospedale | Recupero degli interventi chirurgici sospesi come da piano di recupero delle liste di attesa | N. interventi chirurgici recuperati/n. interventi chirurgici sospesi inseriti nel piano (cfr. cronoprogramma recupero interventi chirurgici del piano operativo allegato alla DGR 347/2022: - recupero classe complessità 1 =100% - recupero classe complessità 2 = 70% - recupero classe complessità 3= 60% - recupero ambulatoriali = 55% N.B: L'obiettivo è raggiunto se sono rispettate tutte le % di recupero | 31/12/2022 | 100% = 100% risultato |
| | | O10b | Ospedale | Trasmissione scheda ministeriale con gli identificativi di riferimento entro il 10 ottobre 2022 e entro il 10 gennaio 2023 rispettivamente per il terzo e per il quarto trimestre | N. schede complete trasmesse entro i tempi indicati corredate degli elenchi degli identificativi di lista di attesa dei pazienti inseriti nel piano di recupero e per quelli operati la data di intervento e il numero della SDO di riferimento | 31/12/2022 | 100% = 100% risultato |
| 11 | Controlli sulla qualità delle prestazioni sanitarie erogate | O11a | Ospedale | Effettuazione controlli esterni (concordanza SDO-Cartella clinica e appropriatezza) da parte del TEAM individuato per Azienda anni 2020, 2021 | N. cartelle controllate/n. cartelle assegnate per il controllo entro 31/08/2022 | 31/8/2022 | 100% = 100% risultato |
| | | O11b | Ospedale | Effettuazione controlli esterni (concordanza SDO-Cartella clinica e appropriatezza) da parte del TEAM individuato per Azienda anno 2022 (almeno I° e II° trimestre 2022) | N. cartelle controllate/n. cartelle assegnate per il controllo entro 31.12.2022 | 31/12/2022 | 100% = 100% risultato |

OBIETTIVI REGIONALI DGR 857 DEL 10/08/2022

| n° obiettivo generale | Descrizione Obiettivo generale | Codice obiettivo specifico | Area Funzionale | Azioni previste (obiettivo specifico) | Indicatore | Tempi di attuazione | Risultato atteso Aziende |
|-----------------------|--------------------------------|----------------------------|-----------------|--|---|---------------------|--------------------------|
| | | O11c | Ospedale | Effettuazione controlli interni (concordanza SDO- Cartella clinica e appropriatezza) anno 2022 | N. 4 modelli trimestrali, n. 1 modello annuale, Tabella 1, Tabella 2 e Relazione inviati nei tempi previsti, completi e congrui con le informazioni richieste come da DGR 1251/2021 | 31/12/2022 | 100% = 100% risultato |

INDICATORI OBIETTIVO 005” Miglioramento delle Performance dell'Azienda valutate dal Mese”

| Indicatore | Descrizione |
|------------|--|
| D9 | Percentuale di abbandoni da PS |
| C16.2 | Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora |
| C16.7 | Percentuale ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione |
| D18 | Percentuale di dimissioni volontare |
| C2A.C | Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici |
| C2A.M | Indice di performance degenza media - DRG Medici |
| C5.2 | Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni |
| C4.4 | Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno |
| C4.7 | Drg LEA Chirurgici: percentuale di ricoveri in Day-Surgery |
| C4.1.1 | % DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari |

L’Azienda USL Umbria n. 2:

- agisce, in collaborazione con altri soggetti, per la promozione, la produzione ed il mantenimento dello stato di salute dei cittadini;
- gestisce le risorse che le sono affidate adottando criteri di efficacia, di efficienza ed equità operando con trasparenza e favorendo la partecipazione nella definizione delle scelte e nella valutazione dei risultati;
- persegue la valorizzazione del proprio capitale di tecnologie e di professionisti come competenze distintive dedicate alla gestione e produzione di servizi sanitari.

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

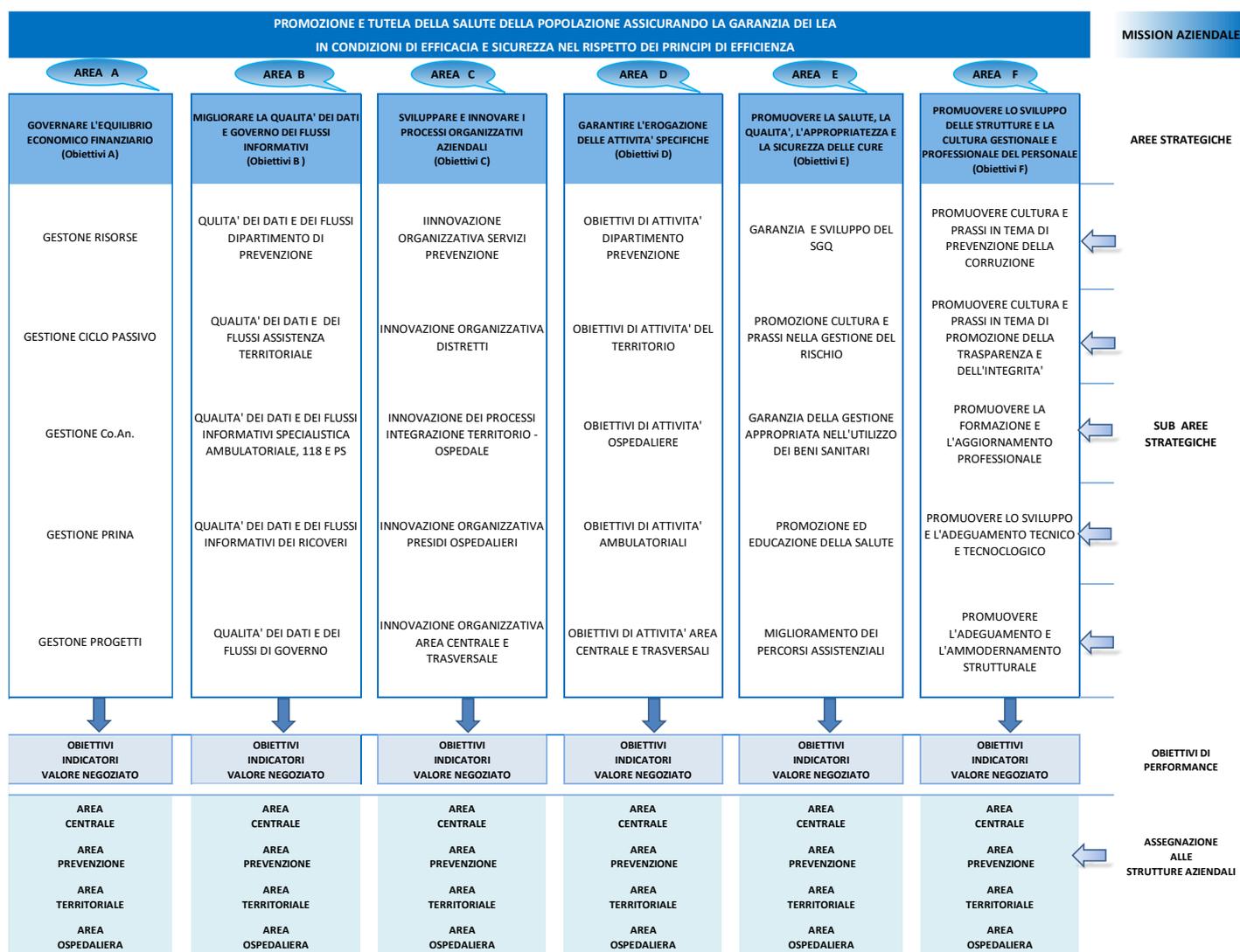
La visione strategica dell’Azienda è improntata a sviluppare integrazioni, alleanze e sinergie sia all’interno dell’organizzazione aziendale sia all’esterno, con le altre aziende sanitarie regionali e gli enti locali, nonché con tutti gli altri “stakeholders”, per la crescita di un sistema a rete dei servizi sanitari, socio sanitari e sociali regionali per migliorare l’offerta dei servizi per la salute, in un’ottica di

incremento delle condizioni di uguali opportunità e di tensione continua al miglioramento dei prodotti e dei risultati. In questo senso l'Azienda è inoltre interessata a sviluppare e valorizzare il capitale dei professionisti, il loro impegno nel fornire prestazioni di eccellenza e nel sostenere i valori assunti come fondanti.

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

Tale mappa strutturata gli anni precedenti risente della situazione e del contesto attuale e si focalizza soprattutto sull'anno 2022 in relazione agli obiettivi che assegnerà la Direzione regionale promuovendo il mantenimento per l'anno 2023 e 2024 in attesa delle indicazioni del PSSR di prossima stesura

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





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

Obiettivi AREA STRATEGICA A - GOVERNARE L'EQUILIBRIO ECONOMICO FINANZIARIO

| CODICE | SUB-AREA | OBIETTIVI | INDICATORI | TARGET | | |
|--------|--|---|--|--------|------|------|
| | | | | 2022 | 2023 | 2024 |
| A2 | GESTIONE CICLO PASSIVO | Rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori nel rispetto delle procedure amministrative contabili inerenti il ciclo passivo | Pagamento debiti entro la scadenza | 100% | 100% | 100% |
| A3 | GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA (Co.An.) | Garantire il corretto utilizzo delle risorse con garanzia della corretta alimentazione della contabilità analitica a seguito dell'adozione da parte del ministero dei nuovi modelli economici di cui al D.M. 24/05/2020 | Congruità nell'emissione degli ordini con la tipologia di ordine (Rispetto dei fattori produttivi e del piano dei CdC) | 100% | 100% | 100% |
| | | | tempestività emissione ordine e descrizione Gli ordini devono essere emessi entro il 7 del mese successivo e la descrizione deve riportare il periodo di riferimento | 100% | 100% | 100% |
| A4 | CONTENIMENTO DEI COSTI DI COMPETENZA | Piano di razionalizzazione e riorganizzazione aziendale | Predisposizione di un piano di razionalizzazione dei consumi e di riorganizzazione della struttura di competenza e trasmissione alla Direzione Strategica ed al Controllo di Gestione (riduzione del 5%) | | | |

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

| CODICE | SU-AREA | OBIETTIVI | INDICATORI | TARGET | | |
|--------|--|---|---|---|---|---|
| | | | | 2022 | 2023 | 2024 |
| B1 | QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE | Migliorare la qualità dei flussi informativi regionali e nazionali NSIS relativi alle attività della Prevenzione attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati nei sistemi gestionali preposti per alimentare le informazioni sulle attività del Dipartimento di Prevenzione | % di informazioni complete nei tempi previsti nei flussi specifici delle strutture del Dipartimento di Prevenzione | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione |
| B2 | QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI ASSISTENZA TERRITORIALE | Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali, regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza territoriale per l'assistenza domiciliare attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente, corretta e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale Atl@nte per alimentare le informazioni sulle cure domiciliari e il flusso SIAD nel rispetto della procedura aziendale | % di informazioni complete e corrette nei tempi previsti per il flusso SIAD (indicatori procedura: % anagrafiche complete e corrette, % anagrafiche di servizio complete e corrette, % valutazioni presenti e complete) | = > 99% | = > 99% | = > 99% |
| | | Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali, regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza territoriale per l'assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente, corretta e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale Atl@nte per alimentare le informazioni sull'assistenza agli anziani e il flusso FAR nel rispetto della procedura aziendale | % di informazioni complete e corrette nei tempi previsti per il flusso FAR (indicatori procedura: % anagrafiche complete e corrette, % anagrafiche di servizio complete e corrette, % valutazioni presenti e complete) | = > 99% | = > 99% | = > 99% |
| | | Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali, regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza territoriale per l'assistenza ai malati terminali attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente, corretta e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale Atl@nte per alimentare le informazioni sulle cure palliative e il flusso Hospice nel rispetto della procedura aziendale | % di informazioni complete e corrette nei tempi previsti per il flusso HOSPICE (indicatori procedura: % anagrafiche complete e corrette, % anagrafiche di servizio complete e corrette, % valutazioni alla dimissione) | = > 99% | = > 99% | = > 99% |
| | | Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali, regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza territoriale per l'assistenza della Salute Mentale attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente, corretta e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale Atl@nte per alimentare le informazioni sull'assistenza della salute mentale e il flusso SISM nel rispetto della procedura aziendale | % di informazioni complete e corrette nei tempi previsti per il flusso SISM (indicatori procedura: % anagrafiche complete e corrette, % anagrafiche di servizio complete e corrette, % presenza della diagnosi, % chiusura progetto entro 180 gg. in assenza di prestazioni erogate nell'assistenza territoriale) | = > 99% | = > 99% | = > 99% |

| CODICE | SU-AREA | OBIETTIVI | INDICATORI | TARGET | | |
|--------|--|--|---|---------|---------|---------|
| | | | | 2022 | 2023 | 2024 |
| | | Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali, regionali e nazionali relativi all'assistenza territoriale per l'assistenza della NPI attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente, corretta e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale Atl@nte per alimentare le informazioni sull'assistenza NPI nel rispetto della procedura aziendale | % di informazioni complete e corrette nei tempi previsti per l'assistenza NPI (indicatori procedura: % anagrafiche complete e corrette, % anagrafiche di servizio complete e corrette, % presenza della diagnosi) | = > 99% | = > 99% | = > 99% |
| | | Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali, regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza territoriale per l'assistenza ai pazienti con dipendenze patologiche attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente, corretta e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale MFp3 per alimentare le informazioni sull'assistenza per le dipendenze patologiche il flusso SIND | % di informazioni complete e corrette nei tempi previsti per il flusso SIND | = > 99% | = > 99% | = > 99% |
| | | Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali, regionali e nazionali relativi all'assistenza territoriale per l'assistenza consultoriale attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente, corretta e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale specifico per alimentare le informazioni dell'assistenza consultoriale | % di informazioni complete e corrette nei tempi previsti per l'assistenza consultoriale | = > 99% | = > 99% | = > 99% |
| | | Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali, regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza territoriale per l'assistenza ai disabili attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente, corretta e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale Atl@nte per alimentare le informazioni sull'assistenza ai disabili | % di informazioni complete e corrette per l'assistenza ai disabili: inserimento programmazione giornate di assistenza per i centri diurni e validazione della presenza, scheda SVAMDI informatizzata per tutti i casi, presenza delle scale FNA per i gravissimi disabili | = > 99% | = > 99% | = > 99% |
| B3 | QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI INFORMATIVI SPECIALISTICA AMBULATORIALE, 118 E PS | Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali regionali e nazionali NSIS relativi alle attività ambulatoriali per il governo delle liste di attesa attraverso la corretta e completa registrazione dei dati da parte delle strutture ambulatoriali nei SW preposti | % di validazione dell'erogato nei tempi previsti per le prestazioni programmate di primo accesso effettuate in maniera attiva dalla struttura | = > 99% | = > 99% | = > 99% |
| | | Migliorare la verifica dell'appropriatezza alle attività ambulatoriali per il governo delle liste di attesa attraverso la rilevazione della concordanza da parte delle strutture ambulatoriali nei SW preposti per le prestazioni RAO | % di rilevazione della concordanza nei tempi previsti per le prestazioni RAO | = > 99% | = > 99% | = > 99% |

| CODICE | SU-AREA | OBIETTIVI | INDICATORI | TARGET | | |
|--------|---|---|--|---------|---------|---------|
| | | | | 2022 | 2023 | 2024 |
| | | Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali, regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza in Pronto Soccorso e di 118 attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati per alimentare le informazioni sull'assistenza in PS nel SW SINCOS DEA e sull'assistenza in 118 nel SW Beta 80 | % di informazioni complete e corrette anche attraverso il controllo di qualità dei dati registrati nei tempi previsti per i dati del PS e del 118 | = > 99% | = > 99% | = > 99% |
| B4 | QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI INFORMATIVI DEI RICOVERI | Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali, regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza ospedaliera e del Sistema Informativo Aziendale attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati i nel sistema gestionale JHis delle strutture di degenza preposto per alimentare le informazioni sull'assistenza Ospedaliera in regime di ricovero | % di informazioni complete nei tempi previsti con chiusura delle SDO entro 15 giorni dalla dimissione | = > 99% | = > 99% | = > 99% |
| | | Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza ospedaliera e del Sistema Informativo Aziendale attraverso il controllo sistematico della casistica dei DRG potenzialmente inappropriati con effettuazione dei controlli sul 100% delle cartelle cliniche inviate al controllo | Effettuazione controlli sulle cartelle cliniche come da disposizioni ministeriali per la verifica di concordanza SDO/cartella clinica in almeno il 10% della casistica | '> 10% | '> 10% | '> 10% |
| | | Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza ospedaliera e del Sistema Informativo Aziendale attraverso il controllo sistematico della casistica dei DRG potenzialmente inappropriati con effettuazione dei controlli sul 100% delle cartelle cliniche inviate al controllo | Effettuazione controlli sulle cartelle cliniche come da disposizioni ministeriali per la verifica di appropriatezza del trattamento in particolare per la casistica relativa agli allegato 6A e 6B del DPCM 2017 in almeno il 2,5% della casistica | '> 2,5% | '> 2,5% | '> 2,5% |
| B5 | QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI DI GOVERNO | Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali regionali e nazionali NSIS relativi ai Flussi di Governo e del Sistema Informativo Aziendale attraverso la corretta e completa compilazione dei moduli dei Flussi di Governo (FLS, STS, HSP...) e la trasmissione dei flussi nel rispetto delle modalità, della completezza, della qualità e delle scadenze previste dalle disposizioni nazionali e regionali in aderenza alla procedura aziendale | % congruità dei dati inseriti nei flussi di governo con i dati dei flussi informativi delle attività sanitarie | 100% | 100% | 100% |
| | | | % modelli inviati completi e nei tempi previsti rispetto alle strutture di riferimento | 100% | 100% | 100% |

Obiettivi AREA C - SVILUPPARE E INNOVARE I PROCESSI ORGANIZZATIVI AZIENDALI

| CODICE | SUB-AREA | OBIETTIVI | INDICATORI | TARGET | | |
|--|---|--|---|---|---|---|
| | | | | 2022 | 2023 | 2024 |
| | INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA DISTRETTI | Piano regionale Adolescenti e giovani adulti DGR 886/2020 e DD 10396/2020 Dipendenze | n. gruppi di lavoro integrati con Zone sociali per azienda | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione |
| | | Creazione di gruppo di lavoro con le zone sociali a supporto delle attività di promozione della salute nel setting scolastico e nei contesti di aggregazione giovanile | n. 3 riunioni per azienda e almeno una riunione di equipe al mese | | | |
| | | Piano regionale Adolescenti e giovani adulti DGR 886/2020 e DD 10396/2020 Dipendenze | n. giornate di incontro con le famiglie, n. attività on line con uno spazio virtuale di ascolto psicologico, di una newsletter e/o analoghi strumenti di comunicazione, n. punti di ascolto | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione |
| | | Attuare iniziative di informazione rivolte alle famiglie con figli adolescenti o preadolescenti. Realizzare punti di ascolto | | | | |
| | | potenziare le equipe dedicate alla promozione della salute, all'accoglienza, al contatto precoce e alla presa in carico del target specifico del Piano | n. di unità di personale da assumere in base alla progettualità | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione |
| | | Potenziare le attività delle unità di strada e unità educative di strada rivolte ad adolescenti e giovani adulti consumatori di sostanze psicoattive legali e illegali | n. unità di strada attivate/potenziare | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione |
| | | Gestione delle liste d'attesa | n° di controlli prenotati dagli specialisti / totale dei controlli prenotati (per le specialità programmate per il 2021) | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione |
| | | Attivare la prenotazione dei controlli da parte degli specialisti | | | | |
| | | Gestione delle liste d'attesa | n. prestazioni prenotate con la prima ricerca/numero prestazioni inviate dai MMG | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione |
| | | Creazione Agende per SmartCUP | | | | |
| Gestione delle liste d'attesa | n. prestazioni RAO B erogate entro i tempi/numero prestazioni RAO B erogate | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione | | |
| Rispetto dei Tempi di attesa RA B | | | | | | |
| Gestione delle liste d'attesa | n. prestazioni RAO D erogate entro i tempi/numero prestazioni RAO D erogate | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione | | |
| Rispetto dei Tempi di attesa RAO D e P | | | | | | |
| Gestione delle liste d'attesa | | | | | | |

| CODICE | SUB-AREA | OBIETTIVI | INDICATORI | TARGET | | |
|--------|--|---|--|---|---|---|
| | | | | 2022 | 2023 | 2024 |
| | | validazione erogato | n. prestazioni erogate validate/numero prestazioni erogate/prenotate e non gestite | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione |
| | | Gestione delle liste d'attesa | n° di piastre ambulatoriali avviate | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione |
| | | Sviluppare le piastre ambulatoriali | | | | |
| | | Gestione delle liste d'attesa | n. prestazioni recuperate/n. prestazioni percorso di tutela | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione |
| | | Recupero delle prestazioni ambulatoriali percorso di tutela | | | | |
| | INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA AREA CENTRALE E TRASVERSALE | Potenziamento del personale del SSR Attuazione del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) 2021-2023 | % di assunzioni a tempo indeterminato programmate nei PTFP 2021-2023 per l'anno 2022 | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione |

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

| CODICE | SUB-AREA | OBIETTIVI | INDICATORI | TARGET | | |
|--------|---|---|--|---|---|---|
| | | | | 2022 | 2023 | 2024 |
| D1 | OBIETTIVI DI ATTIVITA' DIPARTIMENTO PREVENZIONE | Garantire il livello ottimale della Copertura Vaccinale Tasso Copertura Vaccinazioni obbligatorie | N. vaccinazioni eseguite/n.vaccinazioni previste per coorte (MPR, antimeningococco, antipneumococco, HPV, varicella) | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione |
| | | Garantire il livello ottimale della Copertura Vaccinale Tasso Copertura Vaccinazione antinfluenzale negli anziani | N. vaccinazioni eseguite popolazione over 65/popolazione over 65 | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione |
| | | Garantire il livello ottimale della Copertura Vaccinale Tasso Copertura Vaccinazione antinfluenzale negli operatori sanitari | N. vaccinazioni eseguite operatori sanitari/N. operatori sanitari eleggibili | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione |
| | | Promuovere l'omogeneizzazione sul territorio aziendale della attività di vigilanza e controllo previste dai Piani di Vigilanza attraverso: - l'effettuazione di prelievi di acqua potabile nei pubblici acquedotti - i controlli degli impianti natatori pubblici e/o privati | N. controlli e prelievi effettuati | 100% di quanto previsto dal PRP | 100% di quanto previsto dal PRP | 100% di quanto previsto dal PRP |
| | | Recupero attività di audit e sorveglianza Sanità Pubblica, Sanità Animale, Sicurezza | N. attività audit e sorveglianza recuperati/ | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione |

| CODICE | SUB-AREA | OBIETTIVI | INDICATORI | TARGET | | |
|--------|----------|--|--|---|---|---|
| | | | | 2022 | 2023 | 2024 |
| | | Alimentare. Rispetto cronoprogramma di recupero | n. audit e controlli previsti nel cronoprogramma | | | |
| | | Promuovere la prevenzione delle Malattie Oncologiche - Contrastare le patologie rilevanti attraverso la qualificazione e il consolidamento dei programmi di screening oncologici su tutto il territorio aziendale | Miglioramento dei i tassi di adesione alle campagna di screening | = > valore 2019 | = > valore 2020 | = > valore 2021 |
| | | Mantenimento dello standard di estensione degli screening e dei tempi per le prestazioni di II livello. Estensione dello screening mammografico | N. inviti/ n. previsti per anno del round | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione |
| | | Mantenimento dello standard di estensione degli screening e dei tempi per le prestazioni di II livello. Estensione dello screening della cervice uterina | N. inviti/ n. previsti per anno del round | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione |
| | | Mantenimento dello standard di estensione degli screening e dei tempi per le prestazioni di II livello. Estensione dello screening colonrettale | N. inviti/ n. previsti per anno del round | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione |
| | | Mantenimento dello standard di estensione degli screening e dei tempi per le prestazioni di II livello. Garanzia dei tempi per il II livello screening colon rettale | N. persone che eseguono la colonscopia di screening entro 45 gg/n. persone che eseguono la colonscopia di screening | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione |
| | | Mantenimento dello standard di estensione degli screening e dei tempi per le prestazioni di II livello. Recupero dati in Demetra dell'esame di II livello | N. esami registrati in Demetra/n. persone che eseguono la colonscopia di screening | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione |
| | | Mantenimento dello standard di estensione degli screening e dei tempi per le prestazioni di II livello. Garanzia dei tempi per il II livello screening cervicale | N. donne che eseguono la colposcopia di screening entro 60 gg/n. donne che eseguono la colposcopia di screening | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione |
| | | Mantenimento dello standard di estensione degli screening e dei tempi per le prestazioni di II livello. Garanzia dei tempi per il II livello screening mammografico | N. donne che eseguono l'approfondimento per dubbio mammografico entro 30 gg/ N. donne che eseguono l'approfondimento per dubbio mammografico | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione |
| | | Avvio utilizzo dell'auto-prelievo nel programma di screening per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina con test per Papilloma Virus (HPV) in Umbria. Invito donne 30-64 anni residenti in Umbria per effettuare un | N. inviti/ n. previsti | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione |

| CODICE | SUB-AREA | OBIETTIVI | INDICATORI | TARGET | | |
|--------|----------|---|--|---|---|---|
| | | | | 2022 | 2023 | 2024 |
| | | auto-prelievo per il test HPV , all'interno del programma di screening per la prevenzione del tumore della cervice uterina | | | | |
| | | Sostenere i programmi di Sorveglianza della Salute della popolazione e promuovere i programmi di Promozione ed Educazione della Salute attraverso azioni specifiche | Attivazione e realizzazione dei programmi e dei progetti di promozione della salute previsti dal PRP | 100% di quanto previsto dal PRP | 100% di quanto previsto dal PRP | 100% di quanto previsto dal PRP |
| | | Realizzare la Sorveglianza sanitaria per l'epidemia da Coronavirus e per i sistemi di sorveglianza nazionali obbligatori in linea con le disposizioni Ministeriali e Regionali | Analisi e report settimanale | 95,00% | 95,00% | 95,00% |
| | | | Sistema di sorveglianza PASSI | 95,00% | 95,00% | 95,00% |
| | | | Sistema di Sorveglianza PASSI d'Argento | 90,00% | 90,00% | 90,00% |
| | | | Sistema di Sorveglianza HBSC | 90,00% | 90,00% | 90,00% |
| | | | Sistema di sorveglianza 0 – 2 anni | 85,00% | 85,00% | 85,00% |
| | | Promozione della salute e sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro mantenendo adeguati livelli di vigilanza | Copertura dei controlli, delle ispezioni, delle verifiche e dei monitoraggi negli ambienti di lavoro dei diversi settori (edilizia-agricoltura, altro) | 100% di quanto previsto dal PRP | 100% di quanto previsto dal PRP | 100% di quanto previsto dal PRP |
| | | Promozione della sicurezza alimentare attraverso l'attività di profilassi ordinaria per l'eradicazione delle malattie dei bovini e degli ovicapri | N. allevamenti oggetto di profilassi / N. Allevamenti testati | 100% | 100% | 100% |
| | | Mantenimento della qualifica di territorio ufficialmente Indenne da tubercolosi, brucellosi bovina e bufalina, brucellosi ovi-caprina e leucosi bovina enzootica N. controlli programmati sulle aziende e sugli animali ai sensi del DPGR n. 231 del 5.12.2017 (TBC bufalina e bovina), ai sensi del DPGR n. 229 del 5.12.2017 (Brucellosi biovina e bufalina), ai sensi DPGR n. 228 del 5.12.2017 (Brucellosi ovi-caprina), ai sensi del DPGR n. 230 del 5.12.2017 (leucosi bovina enzootica) | Esecuzione del 100% dei controlli programmati sulle aziende e sugli animali | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione |

| CODICE | SUB-AREA | OBIETTIVI | INDICATORI | TARGET | | |
|--------|----------|---|---|---|---|---|
| | | | | 2022 | 2023 | 2024 |
| | | Promozione della sicurezza alimentare attraverso l'attivazione dei piani di sanità pubblica veterinaria per il controllo allevamenti | N. allevamenti oggetto di ispezioni / N. allevamenti | 100% | 100% | 100% |
| | | Promozione della sicurezza alimentare attraverso l'attivazione dei piani di sanità pubblica veterinaria per il controllo allevamenti | N. attività audit e sorveglianza recuperati/ n. audit e controlli previsti nel cronoprogramma | 100% | 100% | 100% |
| | | Promuovere la azioni vigilanza negli allevamenti per: | N° attività e controlli per la tutela del benessere animale | 100% | 100% | 100% |
| | | - tutelare il benessere animale | | | | |
| | | - controllare la riproduzione animale | | | | |
| | | - controllare i sottoprodotti di origine animale | | | | |
| | | Promuovere la azioni vigilanza negli allevamenti per: | N. attività audit e sorveglianza recuperati/ n. audit e controlli previsti nel cronoprogramma | 100% | 100% | 100% |
| | | - tutelare il benessere animale | | | | |
| | | - controllare la riproduzione animale | | | | |
| | | - controllare i sottoprodotti di origine animale | | | | |
| | | Garantire le azioni previste per effettuare: | N° attività di vigilanza e ispezione | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione |
| | | - Azioni di vigilanza negli allevamenti (alimentazione animale) | | | | |
| | | - Azioni di farmacovigilanza | | | | |
| | | - Ispezioni e i prelievi di matrici alimentari ministeriali | | | | |
| | | Garantire le azioni previste per effettuare: | N. attività audit e sorveglianza recuperati/ n. audit e controlli previsti nel cronoprogramma | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione |
| | | - Azioni di vigilanza negli allevamenti (alimentazione animale) | | | | |
| | | - Azioni di farmacovigilanza | | | | |
| | | - Ispezioni e i prelievi di matrici alimentari ministeriali | | | | |
| | | Promuovere la Sicurezza Alimentare e la sorveglianza nutrizionale attraverso la sorveglianza e il controllo delle aziende, degli alimenti e delle bevande | N° attività di sorveglianza e di controllo delle aziende, degli alimenti e delle bevande | 100% | 100% | 100% |
| | | Promuovere la Sicurezza Alimentare e la sorveglianza nutrizionale attraverso la | N. attività audit e sorveglianza recuperati/ | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione |

| CODICE | SUB-AREA | OBIETTIVI | INDICATORI | TARGET | | |
|--------|--------------------------------------|---|---|---|---|---|
| | | | | 2022 | 2023 | 2024 |
| | | sorveglianza e il controllo delle aziende, degli alimenti e delle bevande | n. audit e controlli previsti nel cronoprogramma | | | |
| D3 | OBIETTIVI DI ATTIVITA' OSPEDALIERA | Performance del SSR Migliorare la performance | Bersaglio 2022 migliorato rispetto a bersaglio 2021 per 10 obiettivi i cui indicatori sono individuati nella DGR 857/2022 | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione |
| | | Performance del SSR Migliorare la performance | ridurre del 30% rispetto all'anno precedente i ricoveri potenzialmente inappropriati | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione | Valore coerente con % fissata dalla Regione |
| D4 | OBIETTIVI DI ATTIVITA' AMBULATORIALI | Gestione presa in carico dell'utente | N. prescrizioni 2° livello (no MMG) / totale erogato | >90% | >90% | >90% |

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

| CODICE | SUB-AREA | OBIETTIVI | INDICATORI | TARGET | | |
|--------|--|--|--|---|---|---|
| | | | | 2022 | 2023 | 2024 |
| E1 | GARANZIA E SVILUPPO DEL SGQ | "Sviluppo e mantenimento dei requisiti generali e specifici dell'accreditamento istituzionale previsti nel R.R. 10/2018 | check list | Compilazione della Check list generale e/o specifica di autovalutazione entro novembre 2022 | Compilazione della Check list generale e/o specifica di autovalutazione entro novembre 2022 | Compilazione della Check list generale e/o specifica di autovalutazione entro novembre 2022 |
| | | Somministrazione del Questionario qualità percepita (fornito da Servizio Qualità e accreditamento) per almeno il IV 2022 | somma dei questionari con punteggi 8-9-10 (item valutazione complessiva) / totale questionari ricevuti X 100 | % complessiva soddisfazione del paziente => 80% questionari ricevuti | % complessiva soddisfazione del paziente => 80% questionari ricevuti | % complessiva soddisfazione del paziente => 80% questionari ricevuti |
| | | | % di adesione al questionario di qualità percepita | % di adesione al questionario di qualità percepita => 80% utenti che accedono al servizio | % di adesione al questionario di qualità percepita => 80% utenti che accedono al servizio | % di adesione al questionario di qualità percepita => 80% utenti che accedono al servizio |
| E2 | PROMOZIONE CULTURA E PRASSI NELLA GESTIONE DEL RISCHIO | Gestione degli eventi avversi ed incident reporting Consolidamento del sistema locale di incident reporting: sensibilizzazione alla segnalazione degli eventi avversi e degli eventi evitati, | N° schede Segnalazione di eventi avversi o quasi eventi compilate e trasmesse al servizio GRC /anno | 100% | 100% | 100% |

| CODICE | SUB-AREA | OBIETTIVI | INDICATORI | TARGET | | |
|--------|---|---|---|--|--|--|
| | | | | 2022 | 2023 | 2024 |
| | | <p>superamento delle barriere alla segnalazione attraverso:</p> <p>A - l'applicazione della PG Gestione degli eventi avversi ed incident reporting nelle strutture</p> <p>B - Facilitare ed incoraggiare la segnalazione e l'analisi degli eventi avversi e degli eventi evitati, offrire sostegno per l'individuazione e l'implementazione di interventi preventivi o migliorativi</p> | <p>Riunione distrettuale sull'argomento incident reporting in accordo con il servizio gestione rischio clinico (Verbale di riunione)</p> | 100% | 100% | 100% |
| E3 | GARANZIA DELLA GESTIONE APPROPRIATA NELL'UTILIZZO DEI BENI SANITARI | Razionalizzazione del consumo di beni sanitari | [M0407] (consumi di beni sanitari al netto della distribuzione diretta anno 2022 -consumi di beni sanitari al netto della distribuzione diretta anno 2021)/totale consumi di beni sanitari al netto della distribuzione diretta anno 2021 * 100 | riduzione del 5% dei consumi dei beni sanitari anno 2021 al netto della distribuzione diretta | riduzione del 5% dei consumi dei beni sanitari anno 2021 al netto della distribuzione diretta | riduzione del 5% dei consumi dei beni sanitari anno 2021 al netto della distribuzione diretta |
| | | | [M0373] Rispetto del budget di spesa per l'assistenza integrativa | = < spesa assistenza integrativa anno 2021 | = < spesa assistenza integrativa anno 2021 | = < spesa assistenza integrativa anno 2021 |
| | | | [M0374] Rispetto del budget di spesa per le prescrizioni degli ausili protesici | = < spesa per le prescrizioni di ausili anno 2021 | = < spesa per le prescrizioni di ausili anno 2021 | = < spesa per le prescrizioni di ausili anno 2021 |
| | | Riunioni con AFT come previsto dalla Delibera Regionale e incontri con i MMG con maggiore spesa (redazione verbali degli incontri) . | n. contestazioni /anno verbalizzate | la Commissione Distrettuale deve effettuare almeno 3 contestazioni/anno (verbalizzate) per AFT, ai MMG a più alta spesa. Tale indicatore non è valido se all'interno della AFT tutti i MMG risultano con la spesa allineata a quanto previsto. | la Commissione Distrettuale deve effettuare almeno 3 contestazioni/anno (verbalizzate) per AFT, ai MMG a più alta spesa. Tale indicatore non è valido se all'interno della AFT tutti i MMG risultano con la spesa allineata a quanto previsto. | la Commissione Distrettuale deve effettuare almeno 3 contestazioni/anno (verbalizzate) per AFT, ai MMG a più alta spesa. Tale indicatore non è valido se all'interno della AFT tutti i MMG risultano con la spesa allineata a quanto previsto. |
| | | Contenimento della spesa farmaceutica e dei DM | rispetto del Tetto della Farmaceutica Convenzionata | € 49.377.798 | Valore coerente con importo fissato dalla Regione | Valore coerente con importo fissato dalla Regione |

| CODICE | SUB-AREA | OBIETTIVI | INDICATORI | TARGET | | |
|--------|----------|-----------|--|-----------------|---|---|
| | | | | 2022 | 2023 | 2024 |
| | | | rispetto del Tetto degli acquisti diretti di farmaci | € 50.831.609 | Valore coerente con importo fissato dalla Regione | Valore coerente con importo fissato dalla Regione |
| | | | rispetto del Tetto dei dispositivi medici | € 17.140.161,97 | Valore coerente con importo fissato dalla Regione | Valore coerente con importo fissato dalla Regione |

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

| CODICE | SUB-AREA | OBIETTIVI | INDICATORI | TARGET | | |
|--------|---|--|--|--------|--------|--------|
| | | | | 2022 | 2023 | 2024 |
| F1 | PROMUOVERE CULTURA E PRASSI IN TEMA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE | Prevenire i fenomeni corruttivi attraverso l'attuazione e il rispetto delle misure di prevenzione previste dal PTPCT aziendale per la struttura | N. misure adottate e rispettate/n. misure previste nella scheda di dettaglio | 100% | 100% | 100% |
| F2 | PROMUOVERE CULTURA E PRASSI IN TEMA DI PROMOZIONE DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITA' | Promuovere la trasparenza attraverso l'attuazione e il rispetto delle misure di trasparenza e di integrità previste dal PTPCT aziendale per la struttura | N. misure adottate e rispettate/n. misure previste nella scheda di dettaglio | 100% | 100% | 100% |
| F4 | PROMUOVERE SVILUPPO L'ADEGUAMENTO TECNICO TECNOLOGICO | Realizzare l'adeguamento tecnologico delle strutture in linea con gli standard, l'ammodernamento mobiliare delle strutture e lo sviluppo del sistema informativo aziendale anche attraverso lo sviluppo, il potenziamento, lo snellimento e la centralizzazione degli acquisti centralizzati | [M0284] N. proc. avviate/N. Capitolati idonei trasmessi al serv Att. Tecniche | => 80% | => 80% | => 80% |
| | | | [M0284_1] N. Proc. avviate/N.Acquisti Mobili e Arredi e attr. Inform. Autorizzati | => 80% | => 80% | => 80% |
| F5 | PROMUOVERE L'ADEGUAMENTO E L'AMMODERNAMENTO STRUTTURALE | Elaborazione del programma lavori al fine di perseguire: - l'ammodernamento delle strutture - il ripristino delle strutture - le verifiche vulnerabilità sismiche e le opere di miglioramento strutturale - l'adeguamento di prevenzione antincendio - l'efficientamento energetico. Supporto, per la parte di competenza, alla redazione del Piano Investimenti | [M0061] Avvio ed esecuzione lavori come da piano lavori nel rispetto del cronoprogramma c.a. | 100% | 100% | 100% |

FASI, SOGGETTI E TEMPI DEL PROCESSO DI REDAZIONE DEL PIANO

Con riferimento ai soggetti coinvolti per giungere alla definizione dei contenuti del Piano Triennale, si rappresenta che Il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario hanno predisposto la bozza del

Piano sulla base degli indirizzi e delle indicazioni della Direzione Strategica, coinvolgendo diversi attori, primi fra tutti quelli coinvolti nel Comitato di Budget, nonché tutti i Responsabili delle Strutture e Servizi dell'Area Centrale, i Responsabili delle Macroarticolazioni Aziendali, il Responsabile per la Trasparenza, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione. Sono stati altresì sentiti per il parere sia del NIV che il Collegio di Direzione.

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

| N | Fase del Processo | Attori |
|----------|---|--|
| 1 | Avvio del processo di elaborazione del Piano | Direttore Amministrativo Direttore Sanitario Ufficio di Piano Comitato di Budget Direttore Amministrativo Direttore Sanitario Ufficio di Piano |
| 2 | Definizione degli obiettivi di performance | Comitato di Budget Responsabili Strutture Aree Centrale Macroarticolazioni aziendali Responsabile per la Trasparenza Responsabile della Prevenzione della Corruzione Direttore Amministrativo |
| 3 | Redazione del Documento | Direttore Sanitario Ufficio di Piano Servizio Qualità e Accreditamento |
| 4 | Condivisione del Piano della Performance | Direttore Amministrativo Direttore Sanitario Collegio di Direzione |
| 5 | Approvazione ed adozione del Piano | Direttore Amministrativo Direttore Sanitario NIV |
| 6 | Comunicazione del piano all'interno e all'esterno | Direttore Amministrativo Direttore Sanitario Ufficio Comunicazione Responsabile per la Trasparenza |

COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA E DI BILANCIO

La definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della Performance è avvenuta in modo integrato con il processo di programmazione e di bilancio economico previsionale attraverso l'inclusione all'interno del Piano degli obiettivi strategici declinati nella Relazione al Bilancio preventivo 2021 e l'attenzione a garantire il collegamento tra gli obiettivi strategici ed operativi del Piano e le risorse finanziarie aziendali e regionali, umane e strumentali, evitando incoerenza e disallineamento tra gli obiettivi previsti e le risorse utili al loro conseguimento.

Nel corso dell'anno di riferimento, qualora le attività periodiche di monitoraggio e di controllo, che si realizzano attraverso l'analisi tecnica del Controllo di Gestione e del Servizio Economico Finanziario,

con il supporto delle Direzioni di Presidio/ Dipartimento/Distretto e dei responsabili dei Servizi di linee e di staff, evidenzino scostamenti di rilievo nel consumo dei fattori produttivi rispetto ai livelli attesi, vengono conseguentemente identificate e adottate specifiche azioni correttive volte al conseguimento dell'equilibrio economico.

LA MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In particolare il Budget permette:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A conclusione del ciclo di budgeting si procede alla **misurazione e valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi**. La valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi riguarda sia gli adempimenti che gli obiettivi misurabili, posto che per tutti gli obiettivi è precisato l'indicatore preposto e il valore atteso per l'anno di riferimento. La valutazione sul raggiungimento degli obiettivi di budget viene espressa in percentuale, da un minimo di 0 ad un massimo di 100%, con percentuali intermedie, in rapporto al valore di consuntivo rispetto ai valori di range fissati. Il giudizio complessivo sul raggiungimento degli obiettivi di budget sarà definito come specificato di seguito:

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

Le schede rivalutate vengono trasmesse in via definitiva ai responsabili dei CdA per l'apposizione della controfirma per accettazione, per poi essere rimesse al Nucleo Interno per la Valutazione ed al

Controllo Strategico per la valutazione di II istanza. Il risultato delle valutazioni del NIV viene trasmesso alla Direzione Generale.

OBIETTIVI OPERATIVI ASSEGNATI AL PERSONALE

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

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

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

I cardini di tale pianificazione sono caratterizzati da:

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

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

La scheda è articolata in due sezioni distinte:

1. Sez. A, contributi individuali di natura professionale e di natura comportamentale/relazionale specifiche del professionista e si sostanziano in 12 item, la cui valutazione si misura con un livello di raggiungimento da 1 a 4 laddove tali valori hanno il significato esplicitato nella tabella successiva.

| Valutazione | Livello | Significato |
|-------------|--------------|---|
| 1 | SCARSO | Descrive un livello di contributo inferiore rispetto all'atteso. |
| 2 | MIGLIORABILE | Descrive un livello di contributo sufficiente, che risponde parzialmente alle attese e presenta significativi margini di miglioramento. |

| | | |
|---|--------|--|
| 3 | BUONO | Descrive un livello di contributo pienamente corrispondente all'atteso. |
| 4 | OTTIMO | Descrive un livello di contributo superiore alle attese, di qualità ottima e costante nel tempo. |

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

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

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

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

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

- mod. 03 per i *titolari di Posizione Organizzativa o di Incarico di Coordinamento*. In tale scheda, oltre agli item della Sez. A, l'obiettivo di budget declinato risponde al raggiungimento degli obiettivi della scheda di budget della Struttura di appartenenza;
- mod. 04 per il *personale appartenente alla cat. Ds, D e C*. In tale scheda, oltre agli item della Sez. A, l'obiettivo di budget declinato risponde al contributo del professionista al raggiungimento degli obiettivi di budget della struttura di appartenenza;
- mod. 05 per il *Personale del Comparto appartenente alle cat. Bs, B, A*. In tale scheda, oltre agli item della Sez. A, l'obiettivo di budget declinato risponde al contributo del professionista al raggiungimento degli obiettivi di budget della struttura di appartenenza.

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

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

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

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

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

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

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

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

AZIONI PER IL MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

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

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

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

RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

PREMESSE, OBIETTIVI ED AZIONI DEL PIANO

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

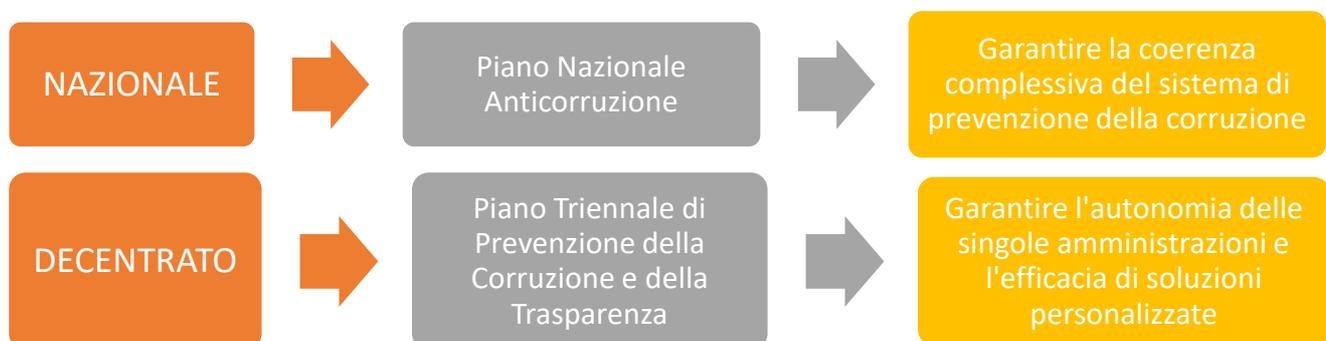
PREMESSE, OBIETTIVI ED AZIONI DEL PIANO

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

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

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

Sistema organico di prevenzione della corruzione articolato su due livelli:



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

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

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

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

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

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

In tale quadro di riferimento si inserisce il presente aggiornamento del Piano Aziendale per la Prevenzione della Corruzione da valere per il triennio 2022 – 2024.

La L. 190/2012 fissa al 31 gennaio di ogni anno l'adozione del PTPCT, che, dal corrente anno 2022 costituirà una sezione del PIAO così come previsto dalla L. 113/2021.

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

³ Delibera ANAC 1064 del 13/11/2019.

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

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

Nella procedura di aggiornamento da valere per il Piano nel triennio 2022/2024 si è continuato a lavorare nel tentativo di rendere il Piano da un lato lo strumento aziendale di programmazione di attività e servizi con tempistiche di realizzazione e definizione di incarichi e responsabilità, e dall'altro come uno strumento di guida e di confronto nelle attività quotidiane che dirigenti, operatori e collaboratori in genere possano consultare per svolgere al meglio le proprie mansioni.

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

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

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

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

Quadro delle attività di prevenzione della corruzione.

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

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

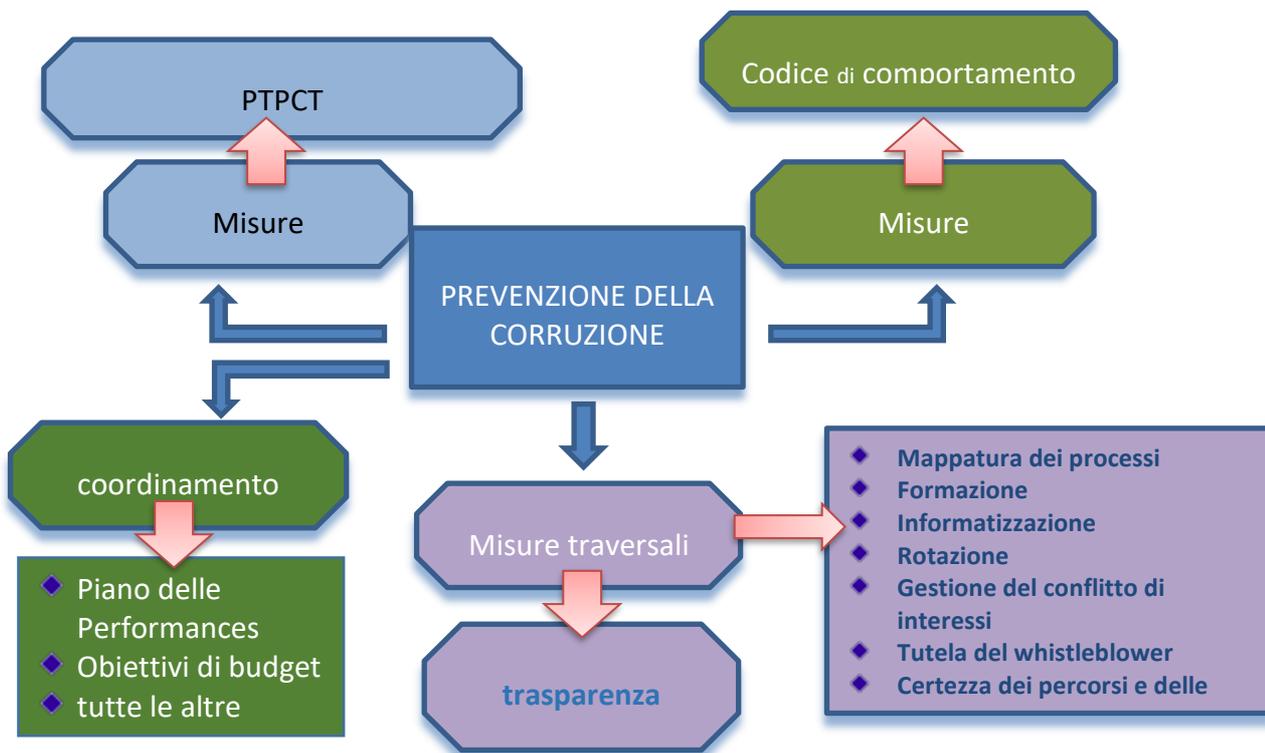


Figura 6 Scheda prevenzione della corruzione

Attività formativa⁵.

L’Azienda USL Umbria n.2 ha approvato il Piano formativo aziendale per l’anno 2022⁶ che ha previsto, fra l’altro, la prosecuzione del percorso formativo aziendale in materia di prevenzione della corruzione ed in materia di trasparenza e previsto come formazione obbligatoria. Tale percorso formativo, iniziato già nel 2018, ha coinvolto i dipendenti neoassunti ed i dipendenti dei ruoli amministrativi e tecnici ed ha previsto n.23 edizioni (n.4 presso il P.O. di Orvieto, n. 6 presso la sede di Foligno, n. 5 presso il P.O. di Spoleto, n. 6 presso la sede di Terni, n.2 in FAD anno 2020, n.2 in FAD anno 2021) e coinvolto circa 1.700 discenti. I corsi sono stati organizzati facendo ricorso alle professionalità interne all’Azienda. Anche durante questo ultimo anno, compatibilmente con i disagi conseguenti alla diffusione pandemica, pur con importante impegno organizzativo/tecnologico/gestionale, si è dato corso ad

⁵ In proposito cfr. § 19 “Formazione dei dipendenti”

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

attività formativa in modalità on line. In tutti i corsi si è data evidenza da un lato a tutti gli aspetti normativi e dall'altro ai contenuti specifici del Piano che hanno una implicazione diretta sulle attività quotidiane. Particolare risalto ed enfasi sono stati dati alle tematiche ed ai concetti relativi ad etica, moralità, imparzialità, senso civico.

Attività informativa.

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

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

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

Attività informativa - "Il Piano in Pillole"⁷.

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

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

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

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



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

Figura 7 “Il Piano in Pillole”

Soggetti Destinatari del Piano

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

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

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

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

Soggetti con ruolo nel P.T.P.C.T.

I paragrafi contenuti nel presente articolo contengono la descrizione e le funzioni dei soggetti che hanno un ruolo all’interno del P.T.P.C.T. In tali paragrafi sono definite anche le modalità di collaborazione tra RPCT e gli altri soggetti della struttura per la fase di controllo e monitoraggio sull’attuazione delle misure previste. Ciò consente di individuare le eventuali modifiche da apportare alle misure già adottate, anche alla luce di segnalate significative violazioni delle prescrizioni, ovvero

quando siano intervenuti mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione. Il fine è quello di realizzare una collaborazione costante e costruttiva con il RPCT, garantire una migliore definizione delle responsabilità, evitando che si assommino oneri eccessivi di controllo in capo al RPCT.

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

Il Direttore Generale adotta il Piano triennale per la prevenzione della corruzione su proposta del RPC e del RT entro il 31 gennaio di ogni anno e ne cura la trasmissione all'Autorità nazionale anticorruzione che si assolve mediante pubblicazione sul sito web aziendale sezione Amministrazione trasparente – altri contenuti⁸.

Il Direttore Generale ha definito ed individuato gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del nuovo strumento programmatico del PIAO, con nota prot. 0274244 del 28/12/2021 con la quale ha comunicato al RPC ed al RT gli obiettivi strategici per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza da raggiungere attraverso lo strumento del P.T.P.C.T.

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

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

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

Resta indiscusso il forte coordinamento fra le due figure.

Il RPC, in sinergia con il RT, deve predisporre il P.T.P.C.T. che costituisce apposita sezione del PIAO, ed aggiornarlo annualmente entro il 31 gennaio. Per l'anno 2022 la data di adozione del PTPCT è spostata al 30/04/2022.

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

⁸ Art. 1 comma 8 legge 190/2012 in combinato disposto con il paragrafo 4 sezione generale della delibera 831 del 03/08/2016.

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

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

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

Naturalmente, per monitorare l'adempimento degli obblighi⁹, la norma richiede una forma di collaborazione a tutti i dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione, affinché garantiscano il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare.

Per quanto concerne il ruolo e poteri del RPC e del RT occorre far riferimento alla Delibera ANAC n. 840/2018¹⁰ che puntualizza poteri di controllo e verifica nel caso rilevi o siano segnalati casi di presunta corruzione ed alla delibera n. 833/2016¹¹ per gli accertamenti delle inconferibilità e incompatibilità di incarichi e agli atti in materia di segnalazione di whistleblower.

Al Responsabile della prevenzione della corruzione competono le attività e funzioni previste dalla L.190/2012 e ss.mm.ii. e dai PNA¹²

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

- ✓ che possano presentare una rilevanza disciplinare, deve darne tempestiva informazione al dirigente preposto all'ufficio a cui il dipendente è addetto o al dirigente sovraordinato, se trattasi di dirigente, e all'ufficio procedimenti disciplinari affinché possa essere avviata con tempestività l'azione disciplinare;

⁹ comma 3 dell'art. 43 D.Lgs 33/2013

¹⁰ Delibera n. 840 del 2 ottobre 2018 avente ad oggetto: "richieste di parere all' ANAC sulla corretta interpretazione dei compiti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)"

¹¹ Determinazione n. 833 del 3 agosto 2016 "Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.AC. in caso di incarichi inconferibili e incompatibili".

¹² Vedi in particolare l'Allegato 2 al PNA 2018 "Riferimenti normativi sul ruolo e sulle funzioni del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)"

- ✓ suscettibili di dar luogo a responsabilità amministrativa, deve presentare tempestiva denuncia alla competente procura della Corte dei Conti per le eventuali iniziative in ordine all'accertamento del danno erariale;
- ✓ che rappresentino notizia di reato, deve presentare denuncia alla Procura della Repubblica o ad un ufficiale di polizia giudiziaria con le modalità previste dalla legge (art. 331 c.p.p.) e deve darne tempestiva informazione all'Autorità nazionale anticorruzione.

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

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

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

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

Il referente per la corruzione.

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

I soggetti che sono tenuti all'elaborazione del PIAO

I soggetti tenuti all'elaborazione del PIAO, collaborano attivamente tra di loro scambiandosi informazioni e ricorrendo alla modalità organizzativa del gruppo di lavoro.

In particolare, per quanto riguarda la programmazione della rotazione e della formazione del personale, quali misure di prevenzione della corruzione, il RPCT collabora con i responsabili degli uffici dell'amministrazione che si occupano dell'elaborazione delle sezioni del PIAO che riguardano l'organizzazione, la formazione e il capitale umano. A tal fine, il RPCT acquisisce dalla Direzione Aziendale gli indirizzi annuali in materia di rotazione del personale e di formazione dello stesso sull'anticorruzione e collabora con i responsabili degli uffici dell'amministrazione che si occupano

dell'elaborazione delle sezioni del PIAO che riguardano l'organizzazione, la formazione e il capitale umano affinché le indicazioni dell'organo di indirizzo siano inserite nelle sezioni stesse.

Al fine di assicurare il raccordo tra Piano anticorruzione e Piano delle Performances, il RPCT acquisisce, altresì, dalla Direzione aziendale gli indirizzi relativi agli obiettivi prioritari in materia di anticorruzione da inserire nel Piano delle Performances e collabora con il Responsabile dell'elaborazione del Piano delle Performances per assicurare il necessario raccordo.

I Dirigenti. Collaborazione e monitoraggio.

Tutti i dirigenti direttamente cooperano propositivamente ed attivamente con continuità con il R.P.C. e con il R.T.

Ai dirigenti è assegnato il compito di agevolare il coinvolgimento di tutti i collaboratori, promuovendo e facilitando la partecipazione attiva a tutti i processi ed alle azioni indicate nel Piano.

L'Azienda assicura quindi al R.P.C. il supporto delle professionalità operanti nei settori a più alto rischio di corruzione e, in generale, di tutti i servizi.

Le norme¹³ affidano ai dirigenti poteri di controllo e obblighi di collaborazione e monitoraggio in materia di prevenzione della corruzione. Lo sviluppo e l'applicazione delle misure previste nel presente piano saranno quindi il risultato di un'azione sinergica del R.P.C. e dei singoli responsabili degli uffici, secondo un processo di ricognizione in sede di formulazione degli aggiornamenti e di monitoraggio della fase di applicazione.

I dirigenti quindi, per l'area di rispettiva competenza, dovranno:

- ✓ svolgere attività informativa nei confronti del RPC, del RT, del referente e, in particolare, assicurare il monitoraggio degli obiettivi generali e specifici di prevenzione della corruzione loro affidati, documentando formalmente tale attività; A tal fine, i responsabili dei Servizi mappati, almeno annualmente, redigono una apposita relazione sulla attuazione di tutte le misure di trattamento del rischio (monitoraggio di secondo livello). Tale relazione è inviata al RPCT che monitora, a campione, la veridicità delle informazioni rese (monitoraggio di primo livello). Per l'anno 2022 il monitoraggio di primo livello verrà effettuato a campione

¹³ Fra tutti il comma dell'art. 16 D.Lgs. 165/2001, che attribuisce ai dirigenti specifiche competenze in materia di prevenzione della corruzione.

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

- 1 bis) concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti.
- 1-ter) forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo.
- 1-quater) provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

solo su alcuni dei processi a rischio più elevato in relazione alla complessità dell'azienda (numerosità dei processi mappati, estrema frammentazione territoriale, pluralità di incarichi assegnati a RPC, RT e referente).

- ✓ partecipare al processo di gestione del rischio;
- ✓ proporre le misure di prevenzione;
- ✓ mappare tutti i processi in capo alla struttura da essi diretta in piena sinergia con i RPC e RT;
- ✓ assicurare la diffusione e l'osservanza del Codice di Comportamento, del Piano della Trasparenza e verificare le ipotesi di violazione;
- ✓ adottare le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale assegnato;
- ✓ osservare le misure contenute nel P.T.P.C.T.;
- ✓ garantire la corretta pubblicazione sul sito "Amministrazione Trasparente" delle informazioni di competenza dei servizi cui sono preposti;
- ✓ contribuire al mutamento culturale del clima interno facendo emergere i casi in cui un dipendente ha svolto azioni particolarmente meritevoli.

I dipendenti.

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

- ✓ al processo di autoanalisi organizzativa e di mappatura dei processi
- ✓ al processo di elaborazione e di gestione del rischio
- ✓ in sede di definizione delle misure di prevenzione
- ✓ in sede di attuazione delle misure di prevenzione adottate
- ✓ Tutti i dipendenti hanno il dovere¹⁴ di collaborare con il RPC e di:
- ✓ osservare le misure di prevenzione previste dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;

¹⁴DPR 62/2013 Art. 8 "Prevenzione della corruzione"

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

venuto a conoscenza.

§ 10 del codice di comportamento aziendale

- ✓ adempiere agli obblighi del Codice di Comportamento DPR 62/2013 e del Codice di comportamento aziendale;
- ✓ effettuare le comunicazioni prescritte in materia di conflitto di interessi e di obbligo di astensione;
- ✓ segnalare i possibili illeciti (penali, disciplinari, amministrativo-contabili) di cui vengono a conoscenza seguendo la procedura delineata nel Codice di comportamento aziendale e, per quanto riguarda la segnalazione di illeciti o di irregolarità da parte dei cosiddetti whistleblowers, la procedura indicata all'interno del presente PTPCT.

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

Soggetti che collaborano a qualsiasi titolo con l'Azienda

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

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

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

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

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

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

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

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

Gli OIV svolgono una funzione rilevante nel sistema di gestione della performance e della trasparenza¹⁵. La riforma in materia di valutazione della performance¹⁶, ha precisato i compiti degli OIV.

Dalla comparazione della normativa¹⁷ risulta evidente la necessità di coordinare gli obiettivi di performance e le misure di trasparenza, e ciò emerge chiaramente ove si ribadisce che gli OIV hanno il compito di verificare la coerenza tra gli obiettivi previsti nel P.T.P.C.T. e quelli indicati nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che la valutazione della performance tiene conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza.

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

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

Nel corso del 2022, con riguardo all'andamento dell'emergenza COVID, le attività e gli incontri potranno avvenire anche in videoconferenza, secondo un programma concordato. I verbali degli incontri sono e saranno consultabili nel sito web aziendale, sezione Amministrazione Trasparente, sottosezione Controlli e rilievi dell'amministrazione / Organismi Indipendenti di Valutazione.

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

Servizio Ispettivo Aziendale

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

¹⁵ art. 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150, art. 6 del d.P.R. 9 maggio 2016, n.105

¹⁶ d.lgs. 25 maggio 2017, n. 74

¹⁷ d.lgs. 33/2013, art. 44, legge 190/2012, art. 1, co. 8-bis, introdotto dall'art.41 del d.lgs. 97/2016

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

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

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

Collegi Tecnici.

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

Responsabile Anagrafica Stazioni Appaltanti (RASA)

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

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

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

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

Nel corso dell'anno 2021 il RPC ha provveduto ad effettuare una verifica del rispetto delle procedure in capo al RASA, il quale ha attestato¹⁹ il rispetto degli adempimenti producendo la stampa dell'avvenuto aggiornamento dell'anagrafe SA avvenuto in data 30/12/2021.

L'inserimento del nominativo del RASA all'interno del Piano è espressamente richiesto, come misura organizzativa di trasparenza in funzione della prevenzione della corruzione, dal PNA 2019 (paragrafo 4 della Parte IV).

Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette

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

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

Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità (CUG)

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

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

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

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

Gli Stakeholders

La partecipazione attiva dei cittadini ed il coinvolgimento dei portatori di interesse sono prioritariamente attuati attraverso un'efficace comunicazione, quale strumento mediante il quale gli

¹⁹ Nota protocollo n. 0276975 del 31/12/2021.



“stakeholders” partecipano al controllo della Azienda USL Umbria n.2. L’informazione ai cittadini, il rapporto con chi ne rappresenta gli interessi ed il monitoraggio costante dei fattori di non qualità percepiti dai cittadini attraverso il percorso dei reclami, della customer satisfaction, dell’audit civico, degli incontri di confronto e della trasparenza del sito istituzionale costituiscono le azioni concretamente messe in campo dall’Azienda, in coerenza con il sistema dei valori di riferimento dell’organizzazione, per garantire l’effettività delle misure preventive del presente Piano.

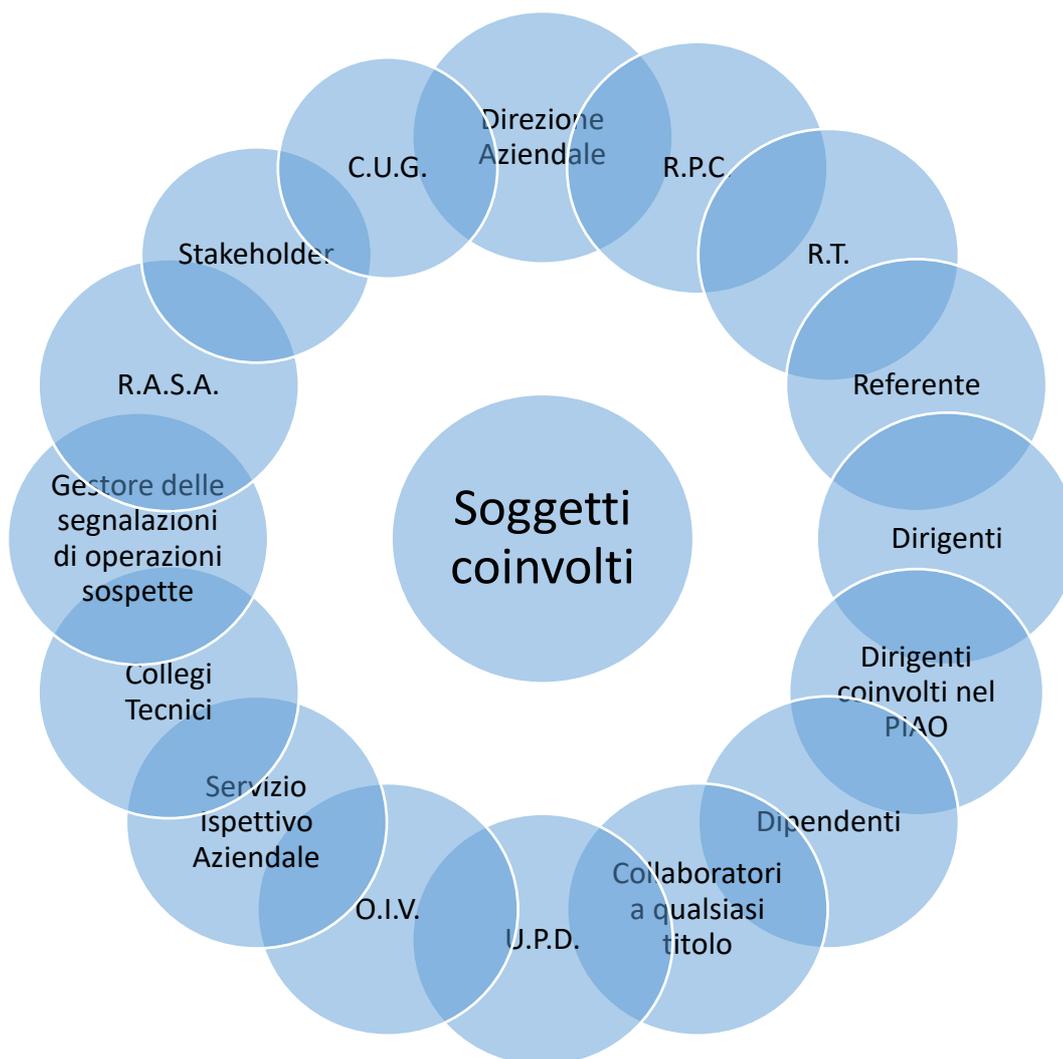


Figura 8 Soggetti coinvolti.

Le Responsabilità

Responsabilità dirigenziale, disciplinare e amministrativa del RPCT

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

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

a) di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il Piano di prevenzione e di aver osservato le prescrizioni di cui ai commi 9 e 10 dello stesso articolo 1 della L.190/2012;

b) di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano.

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

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

La responsabilità dei dirigenti

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

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

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

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

La responsabilità dei dipendenti per violazione delle misure di prevenzione

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

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

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

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

- a) la partecipazione ai percorsi di formazione predisposti sui Codici di comportamento, sul PTPCT e sulle misure di contrasto all'illegalità e ai fenomeni corruttivi;
- b) la mancata o incompleta pubblicazione delle informazioni di cui al D.lgs. n. 33/2013, da parte del soggetto obbligato in base al presente Piano;
- c) la inosservanza degli indirizzi forniti dall'Azienda e dal RPCT, formalizzati in appositi atti, per l'attuazione delle misure obbligatorie o ulteriori.

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

Il decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97 avente ad oggetto "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche", ha previsto, all'art. 10, che ogni amministrazione debba indicare, in un'apposita sezione del proprio P.T.P.C.T., i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del presente decreto.

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

Il Dirigente Responsabile di ciascuna Struttura indicata nella tabella ha la piena ed esclusiva responsabilità della esattezza, completezza e tempestività dei dati trasmessi. I dati vanno trasmessi al Servizio comunicazione almeno tre giorni prima delle eventuali scadenze previste. Il Servizio Comunicazione conferma con e-mail l'avvenuta pubblicazione indicando il link per accedere ai dati pubblicati. Il Dirigente inviante verifica che i dati siano stati correttamente pubblicati. La procedura è descritta dettagliatamente al § 23.2 al quale si rinvia.

Il Collegio Sindacale è l'organo dell'Azienda con compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile²⁰.

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

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

Collegio di Direzione

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

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

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

²⁰ art. 3- ter del D.Lgs. 502/1992 1. Il collegio sindacale: a) verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico; b) vigila sull'osservanza della legge; c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa; d) riferisce almeno trimestralmente alla regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità; trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al sindaco del comune capoluogo della provincia dove è situata l'azienda stessa. 2. I componenti del collegio sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo, anche individualmente. 3. ((Il collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dal presidente della giunta regionale, uno dal Ministro dell'economia e delle finanze e uno dal Ministro della salute.)) I componenti del collegio sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il Ministero di grazia e giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali. 4. I riferimenti contenuti nella normativa vigente al collegio dei revisori delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere si intendono applicabili al collegio sindacale di cui al presente articolo.

Organismi tecnico-consultivi: Consiglio dei Sanitari

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

Il Consiglio esprime parere obbligatorio:

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

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

Recentemente²¹, l'Azienda USL Umbria n. 2 ha provveduto a regolamentare le elezioni dei componenti elettivi del Consiglio dei Sanitari e della Commissione Elettorale ed il 17/01/2019 si sono tenute le elezioni dei membri elettivi.

Organismi propositivi e consultivi

Conferenza dei Sindaci

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

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

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

²¹ delibera del Direttore Generale n. 1691 del 27/11/2018 "Regolamento per le elezioni dei componenti elettivi del Consiglio dei Sanitari e nomina della Commissione Elettorale".



Figura 9 Organi e Organismi propositivi e consultivi coinvolti.

Il ruolo di ANAC

L'Autorità nazionale anticorruzione, in acronimo ANAC, è un'autorità amministrativa indipendente italiana nata con la Legge n.190/2012 che ha attribuito alla Commissione indipendente per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT) la funzione di Autorità nazionale Anticorruzione.

La sua funzione è la prevenzione della corruzione nell'ambito della pubblica amministrazione italiana, nelle società partecipate e controllate dalla pubblica amministrazione, anche mediante l'attuazione della trasparenza in tutti gli aspetti gestionali, nonché mediante l'attività di vigilanza nell'ambito dei contratti pubblici, degli incarichi e comunque in ogni settore della pubblica amministrazione che potenzialmente possa sviluppare fenomeni corruttivi, evitando nel contempo di aggravare i procedimenti con ricadute negative sui cittadini e sulle imprese, orientando i comportamenti e le attività degli impiegati pubblici, con interventi in sede consultiva e di regolazione.

Valutazione dell'attuazione del P.T.P.C.T.

Come disposto dal PTPCT 2021-2023 tutte le UU.OO.CC. e UU.OO.SS.DD. hanno proceduto alla formalizzazione delle relazioni sugli adempimenti del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

A seguito della attenta analisi delle relazioni ricevute dai dirigenti di strutture Complesse e Strutture Semplici Dipartimentali, in merito agli adempimenti delle azioni generali e delle azioni specifiche, dettagliate nel Piano stesso, si è proceduto ad aggiornare, modificare ed implementare alcune delle misure del presente PTPCT.

Sinteticamente si rappresenta che tutte le strutture hanno fornito resoconti positivi in ordine agli adempimenti posti in essere per l'attuazione del Piano.

Si è tuttavia riscontrato il permanere di un approccio formalistico alla questione della prevenzione della corruzione per cui si avverte l'esigenza, peraltro sottolineata anche dal PNA, di richiedere ai dirigenti aziendali una maggiore assunzione di responsabilità nell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel PTPCT e di operare in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del loro personale.

Nell'ottica sopra indicata, si è predisposto il coinvolgimento di tutte le strutture nella collaborazione con il RPCT, in merito ai monitoraggi, all'elaborazione della mappatura del rischio e alla Trasparenza e Rotazione attraverso il coordinamento con il ciclo della Performance. Inoltre è stata redatta e pubblicata nei termini di legge la relazione del RPC per l'anno 2021.

Obiettivi strategici del Direttore Generale e il processo di approvazione del P.T.P.C.T.

Il Direttore Generale fornisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza al RPC ed al RT.

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

Si prevede il seguente iter di condivisione ed approvazione del P.T.P.C.T.:

- ✓ il P.T.P.C.T., nella versione "in consultazione" viene pubblicato sul sito web aziendale per consentire la visione agli stakeholders ed a tutti coloro ne abbiano interesse ed i successivi eventuali suggerimenti dei quali si prenderà atto nella stesura definitiva del Piano;
- ✓ entro il 10 gennaio il P.T.P.C.T. aggiornato, in collaborazione con i soggetti tenuti all'elaborazione del PIAO, viene inviato in bozza alla Direzione Aziendale ed al O.I.V. entro il 12 gennaio. Nei successivi 10 giorni l'OIV restituirà il Piano al R.P.C., al RT ed al Direttore Generale con le eventuali osservazioni e/o suggerimenti;

- ✓ ricevuto il piano, valutate le proposte ed effettuate gli eventuali aggiornamenti, il R.P.C. ed il R.T. condividono il Piano con le eventuali osservazioni dell'OIV e, non oltre il 25 gennaio, con il Direttore Generale;
- ✓ il R.P.C. ed il R.T. provvederanno, effettuate le opportune integrazioni e/o modifiche entro il 31 gennaio a sottoporre al Direttore Generale il P.T.P.C.T. per l'adozione definitiva entro la stessa data.

Per il presente Piano, l'iter di approvazione ha previsto:

- ✓ il giorno 23/12/2021 si è provveduto alla pubblicazione sul sito web dell'avviso di consultazione pubblica rivolta ai cittadini e ai soggetti interessati alla presentazione di proposte e/o osservazioni al Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2022-2024.
- ✓ il giorno 28/12/2021 con nota prot. 0274244 il Direttore Generale ha fornito gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza al RPC ed al RT
- ✓ il giorno 10/01/2022 il R.P.C. ha inoltrato alla Direzione aziendale la bozza del PTPCT.
- ✓ Il giorno 27/04/2022 l'OIV ha espresso il proprio parere positivo per le parti di competenza e, successivamente, il R.P.C. ed il R.T. hanno condiviso con il Direttore Generale la proposta di P.T.P.C.T. 2022 - 2024 nella quale sono stati recepiti gli obiettivi strategici indicati con le citate note e le osservazioni dell'O.I.V.; ne hanno illustrato i contenuti, le novità introdotte, le implicazioni attuative del Piano. Il Direttore Generale ha fornito ulteriori suggerimenti e condiviso il contenuto e le modalità utilizzate per raggiungere gli obiettivi indicati.

Il presente P.T.P.C.T. 2022 - 2024 è pubblicato sul sito internet dell'Azienda (www.uslumbria2.it), notificato a tutti i dipendenti della Azienda USL Umbria 2 e gli altri destinatari attraverso il Servizio Comunicazione e a tutti i nuovi assunti al momento della sottoscrizione del contratto di lavoro da parte del Servizio Amministrazione del Personale.

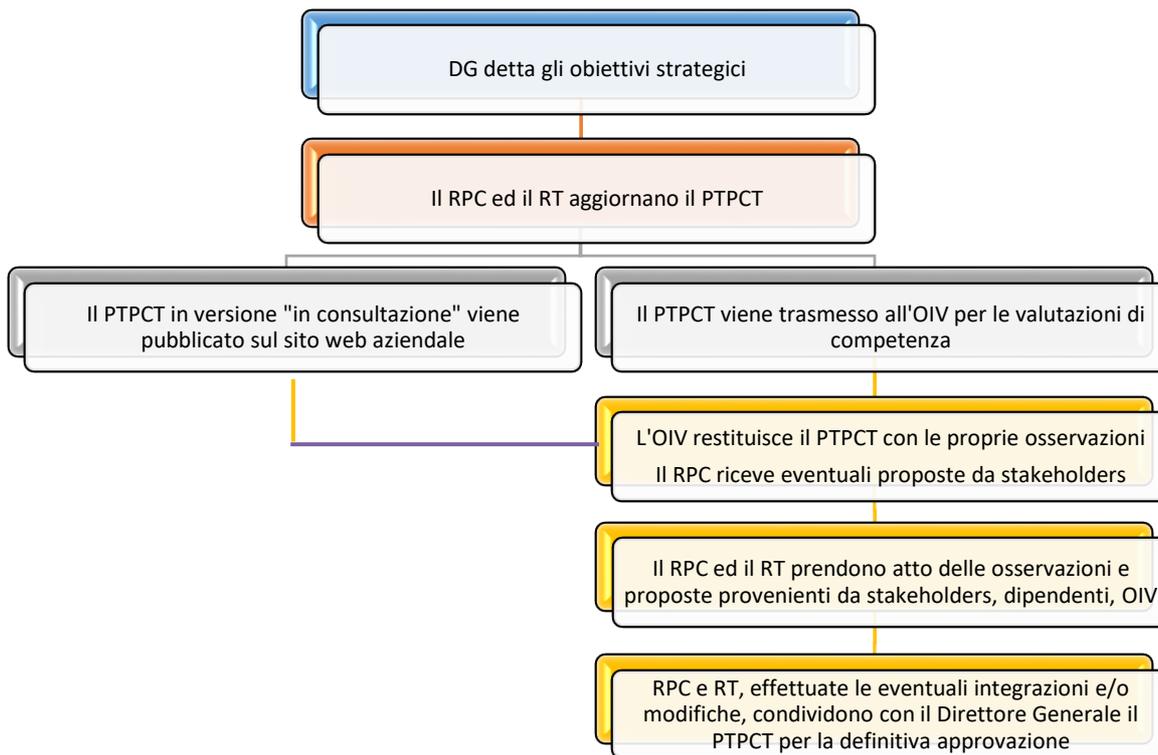


Figura 10 Processo di approvazione del P.T.P.C.T.

Obblighi di conoscenza.

La conoscenza del Piano e dei suoi contenuti rappresentano un obbligo per tutti i “*soggetti destinatari*” descritti nel precedente paragrafo 9.

Per agevolare l’assolvimento di tale obbligo:

- ✓ a cura del Responsabile della Area Comunicazioni e Relazioni esterne, viene pubblicato un avviso nelle “*news*” sul sito istituzionale ed inviata una mail per notificare ai destinatari individuati dell’avvenuta pubblicazione del Piano e dei suoi aggiornamenti e dell’obbligo di prenderne visione;
- ✓ i Dirigenti/Responsabili delle strutture aziendali devono provvedere ad informare il personale eventualmente non raggiungibile tramite mail. Sarà comunque cura del Dirigente/Responsabile garantire che tutto il personale e i collaboratori allo stesso assegnati, abbiano ricevuto il Piano;
- ✓ la presa d’atto del P.T.P.C.T. avviene al momento dell’instaurazione del rapporto di lavoro, formando parte integrante del contratto. Contestualmente, il Servizio Amministrazione del Personale provvede alla conservazione della dichiarazione di presa d’atto sottoscritta dal soggetto tenuto al rispetto del P.T.P.C.T.;

- ✓ il fornitore il cui personale opera, in forza di contratti di fornitura/ collaborazione/convenzione, nell'ambito dell'ASL, adotta le iniziative dirette ad assicurare la conoscenza e l'osservanza del P.T.P.C.T. da parte dei propri dipendenti/collaboratori.

Sanzioni.

Il legislatore ha previsto sanzioni nell'art. 19, co. 5, lett. b) del D.L. 90/2014, in caso di mancata «adozione dei Piani di prevenzione della corruzione, dei programmi triennali di trasparenza o dei codici di comportamento». Al riguardo si rinvia al «Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione per l'omessa adozione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione, dei Programmi triennali di trasparenza, dei Codici di comportamento» del 9 settembre 2014, pubblicato sul sito web dell'Autorità, in cui sono identificate le fattispecie relative alla "omessa adozione" del P.T.P.C.T. o dei Codici di comportamento.

In particolare equivale ad omessa adozione:

- a) l'approvazione di un provvedimento puramente ricognitivo di misure, in materia di anticorruzione, in materia di adempimento degli obblighi di pubblicità ovvero in materia di Codice di Comportamento di amministrazione;
- b) l'approvazione di un provvedimento, il cui contenuto riproduca in modo integrale analoghi provvedimenti adottati da altre amministrazioni, privo di misure specifiche introdotte in relazione alle esigenze dell'amministrazione interessata;
- c) l'approvazione di un provvedimento privo di misure per la prevenzione del rischio nei settori più esposti, privo di misure concrete di attuazione degli obblighi di pubblicazione di cui alla disciplina vigente, meramente riproduttivo del Codice di Comportamento emanato con il decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62.

La recente normativa in materia di tutela del Whistleblower introduce pesanti sanzioni²² qualora ANAC accerti:

l'adozione di misure discriminatorie da parte dell'Azienda nei confronti del segnalante;

²² LEGGE 30 novembre 2017, n. 179 – art. 1 comma 6 “Qualora venga accertata, nell'ambito dell'istruttoria condotta dall'ANAC, l'adozione di misure discriminatorie da parte di una delle amministrazioni pubbliche o di uno degli enti di cui al comma 2, fermi restando gli altri profili di responsabilità, l'ANAC applica al responsabile che ha adottato tale misura una sanzione amministrativa pecuniaria da 5.000 a 30.000 euro. Qualora venga accertata l'assenza di procedure per l'inoltro e la gestione delle segnalazioni ovvero l'adozione di procedure non conformi a quelle di cui al comma 5, l'ANAC applica al responsabile la sanzione amministrativa pecuniaria da 10.000 a 50.000 euro. Qualora venga accertato il mancato svolgimento da parte del responsabile di attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute, si applica al responsabile la sanzione amministrativa pecuniaria da 10.000 a 50.000 euro. L'ANAC determina l'entità della sanzione tenuto conto delle dimensioni dell'amministrazione o dell'ente cui si riferisce la segnalazione”.

- ✓ l'assenza di procedure per l'inoltro e la gestione delle segnalazioni ovvero l'adozione di procedure non conformi alle linee guida ANAC;
- ✓ il mancato svolgimento da parte del RPC di attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute.

Strumenti della programmazione aziendale.

L'Azienda USL Umbria n.2 adotta la programmazione come principale strumento di gestione. Gli strumenti della programmazione aziendale sono:

- ✓ il documento di programmazione e il bilancio pluriennale di previsione;
- ✓ il bilancio preventivo economico annuale;
- ✓ il budget;
- ✓ il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) nel quale confluiranno e si integreranno:
- ✓ il presente PTPCT
- ✓ il piano delle performance triennale;
- ✓ il Piano Organizzativo Lavoro Agile (POLA)
- ✓ Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP)
- ✓ Piano delle azioni positive per la parità di genere. (PAP)
- ✓ Procedure da reingegnerizzare ogni anno;
- ✓ il piano attuativo locale (PAL) previsto dall'art. 37, LR 18/2012;
- ✓ programma triennale opere pubbliche;
- ✓ programma biennale acquisizione forniture beni e servizi;
- ✓ il programma pluriennale delle forniture ai fini della programmazione degli acquisti;
- ✓ gli accordi ed i contratti con le strutture sanitarie erogatrici, pubbliche e private accreditate;

Gestione del rischio.

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

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

La gestione del rischio di corruzione è lo strumento da utilizzare per la riduzione delle probabilità che il rischio si verifichi. La pianificazione, mediante l'adozione del P.T.P.C.T. è il mezzo per attuare la gestione del rischio. forza

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

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

La gestione del rischio prevede:

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

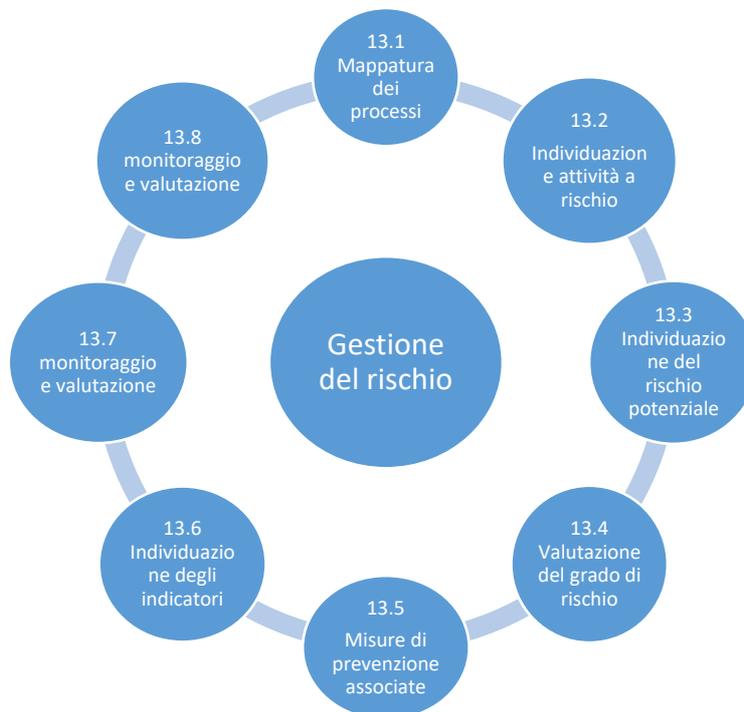


Figura 11 Processo di mappatura

Mappatura dei processi.

Come anche già evidenziato nel PNA, il concetto di processo è diverso da quello di procedimento amministrativo. Quest'ultimo caratterizza lo svolgimento della gran parte delle attività delle pubbliche amministrazioni, fermo restando che non tutta l'attività di una pubblica amministrazione è riconducibile a procedimenti amministrativi. Il concetto di processo è più ampio e flessibile di quello di procedimento amministrativo ed è stato individuato nel PNA tra gli elementi fondamentali della gestione del rischio. In ogni caso i due concetti non sono tra loro incompatibili: la rilevazione dei procedimenti amministrativi è sicuramente un buon punto di partenza per l'identificazione dei processi. Per processo si intende quindi un insieme di attività correlate che creano valore trasformando risorse (input del processo) in un prodotto (output) destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione.

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

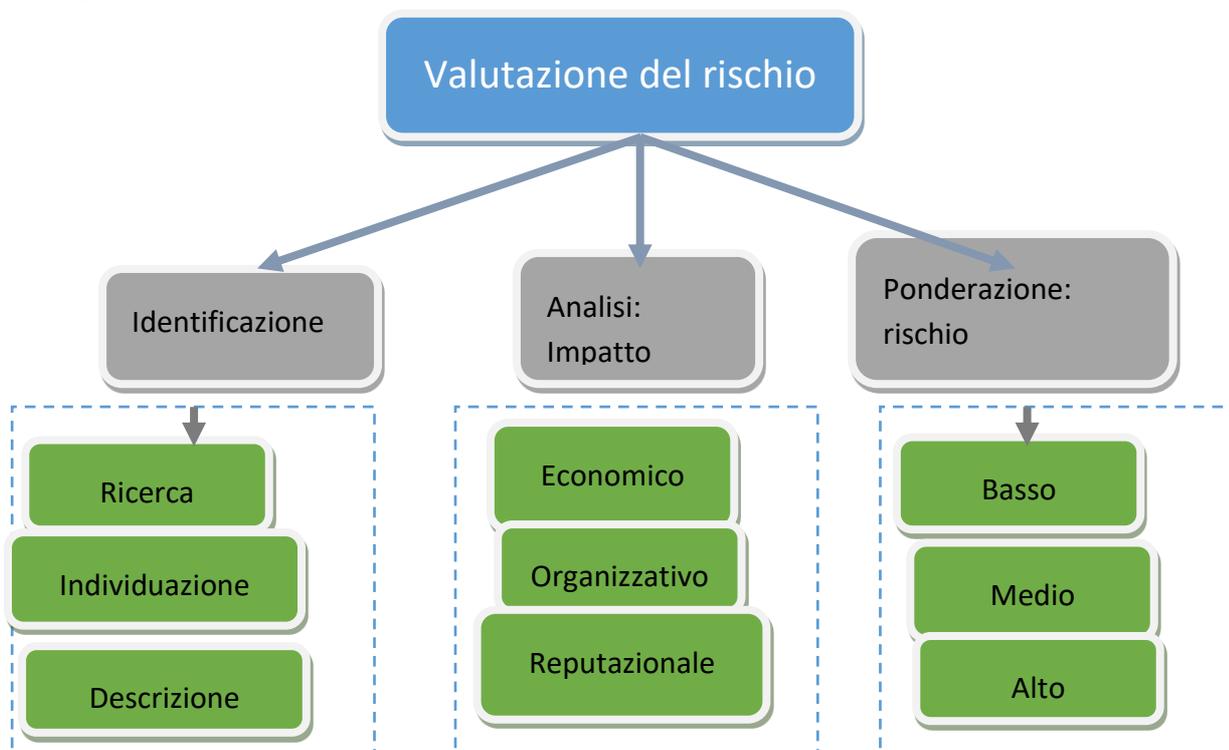
Attraverso la ricostruzione accurata della mappatura dei processi, l'Azienda USL Umbria n. 2 effettua un esercizio conoscitivo importante non solo per l'identificazione dei possibili ambiti di vulnerabilità dell'amministrazione rispetto alla corruzione, ma anche rispetto al miglioramento complessivo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

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

Valutazione del rischio

Per valutazione del rischio si intende il processo di:

- ✓ identificazione, che consiste nella ricerca, individuazione e descrizione dei rischi. L'attività di identificazione richiede che per ciascun processo o fase di processo siano fatti emergere i possibili rischi di corruzione. Questi emergono considerando il contesto esterno ed interno all'amministrazione, e quindi anche con riferimento alla specifica organizzazione presente all'interno della ASL;
- ✓ analisi del rischio consiste nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto) per giungere alla determinazione del livello di rischio;
- ✓ ponderazione del rischio che consiste nel considerare il rischio alla luce dell'analisi e nel raffrontarlo con altri rischi al fine di decidere le priorità e l'urgenza di trattamento. L'analisi dei rischi permette di ottenere una classificazione degli stessi in base al livello di rischio più o meno elevato.



Valutazione del grado di rischio secondo le indicazioni metodologiche del PNA 2019

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

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

Di seguito si riportano alcuni indicatori comunemente accettati, ampliabili o modificabili che verranno utilizzati nel processo valutativo:

BASSO rischio:

- ✓ Attività a bassa discrezionalità,
- ✓ Presenza di specifica normativa,
- ✓ Presenza di regolamentazione aziendale,
- ✓ Presenza di normativa stringente,
- ✓ Elevato grado di pubblicità degli atti procedurali,
- ✓ Valore economico del beneficio complessivo connesso all'attività inferiore in media a € 1.000,00,
- ✓ Potere decisionale sull'esito dell'attività in capo a più persone,
- ✓ Sussistenza di specifici meccanismi di verifica o controllo interno/esterno,
- ✓ Rotazione dei funzionari dedicati all'attività,
- ✓ Monitoraggio e verifiche annuali,
- ✓ Basso grado di complessità del processo,
- ✓ Scarso impatto organizzativo e di immagine,
- ✓ Il processo non produce effetti all'esterno.

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

MEDIO rischio

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

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

ALTO rischio

- ✓ Attività ad alta discrezionalità,
- ✓ Valore economico superiore ad € 10.000,00 o, comunque, elevata gravità dell'evento che può derivare dal fatto corruttivo,
- ✓ Controlli ridotti,
- ✓ Assenza di specifica regolamentazione aziendale,
- ✓ Potere decisionale concentrato in capo esclusivamente a singole persone,
- ✓ Rotazione dei funzionari dedicati solo in tempi molto lunghi,
- ✓ Rischio di danni alla salute in caso di abusi,
- ✓ Notevole casistica di precedenti storici di fatti corruttivi,
- ✓ Alto grado di complessità del processo,
- ✓ Carenze gestionali, operative e organizzative,
- ✓ Forte impatto organizzativo e di immagine,
- ✓ Il processo produce effetti diretti nei confronti di soggetti esterni.

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

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

La modulazione del rischio viene quindi rappresentata in:



Misure di prevenzione associate.

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

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

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

1. della efficacia nella neutralizzazione delle cause del rischio. L'identificazione della misura di prevenzione è quindi una conseguenza logica dell'adeguata comprensione delle cause dell'evento rischioso.
2. della sostenibilità economica e organizzativa delle misure. L'identificazione delle misure di prevenzione è strettamente correlata alla capacità di attuazione da parte dei singoli Servizi aziendali. Ferma restando l'obbligatorietà delle misure previste come tali dalla legge, l'eventuale impossibilità di attuarle va motivata nei report periodici inviati al R.P.C.
3. dell'adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione. Il presente P.T.P.C.T. contiene un numero significativo di misure specifiche, con estrema personalizzazione della strategia di prevenzione della corruzione sulla base delle esigenze ed evidenze peculiari di ogni singolo Servizio.

Tutte le misure individuate sono frutto di adeguata programmazione.

Le misure di prevenzione organizzate e disciplinate con il presente P.T.P.C.T. sono adottate dai servizi e soggetti indicati contestualmente alla entrata in vigore dello stesso. L'identificazione delle misure di prevenzione non può essere un elemento indipendente dalle caratteristiche organizzative dell'amministrazione.

Identificazione degli indicatori

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

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

Attività di monitoraggio del PTPCT anno precedente.

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

Le attività di monitoraggio si distinguono in:

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

✓ Monitoraggio sull' idoneità delle misure di trattamento del rischio

Nella USL Umbria n.2 i responsabili dei Servizi mappati, almeno annualmente, redigono una apposita relazione sulla attuazione di tutte le misure di trattamento del rischio (monitoraggio di secondo livello). Tale relazione è inviata al RPCT che monitora la completezza delle informazioni rese (monitoraggio di primo livello). Per l'anno 2022 verrà effettuato un monitoraggio di primo livello a campione solo su alcuni dei processi a rischio più elevato in relazione alla complessità dell'azienda (numerosità dei processi mappati, estrema frammentazione territoriale, pluralità di incarichi assegnati a RPC, RT e referente...). Ulteriori monitoraggi saranno effettuati dagli altri organi di controllo interno (es. Servizio Ispettivo aziendale, nelle materie di competenza; Controllo di gestione in relazione al grado di raggiungimento degli obiettivi di budget correlati a misure di prevenzione della Corruzione)

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

Tempistica delle attività di monitoraggio e valutazione

Con l'attuale aggiornamento, il P.T.P.C.T. fissa per tutti i processi mappati il termine del 30 novembre di ogni anno, per consentire ai responsabili dei servizi interessati, così come dettagliati nell'allegato 21 e nel cronoprogramma, di relazionare sulle attività di contrasto ai fenomeni corruttivi introdotti nei singoli processi e sul rispetto degli indicatori ivi previsti. La relazione riguarderà il periodo relativo ai dodici mesi precedenti; il periodo di rilevazione andrà quindi dal 01 dicembre di ogni anno al 30 novembre dell'anno successivo. La scelta di questo arco di tempo nasce dall'esigenza di ottenere feedback in tempo utile per eventualmente correggere, integrare o modificare la mappatura dei processi laddove dagli stessi emerga l'insufficienza o l'inefficacia delle misure messe in campo per contrastare fenomeni corruttivi.

Attività successiva al monitoraggio dei processi.

Tutto il complesso di attività ora descritto è finalizzato alla continua revisione dei processi nel tentativo di migliorare il contrasto ai fenomeni corruttivi. La conoscenza degli effetti apportati dalle misure adottate è propedeutico per poter migliorare l'organizzazione aziendale in una ottica di continuo sviluppo.

Con lo schema di seguito riportato si descrive riassuntivamente quali attività si svolgono all'interno di ciascuna fase.

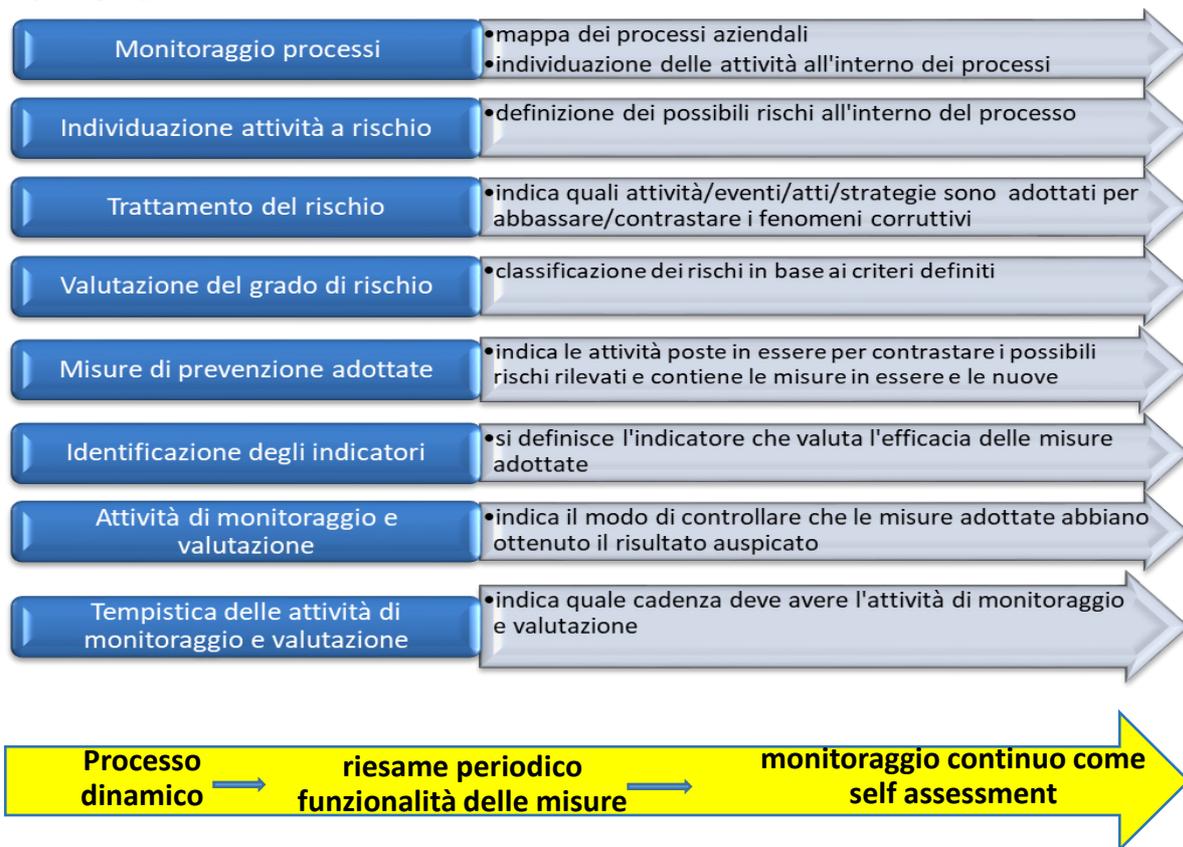


Figura 13 Sintesi del processo di mappatura.

Formazione dei dipendenti – Cultura della legalità.

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

- 1) art.54, comma 7, D.Lgs 165/01 e s.m.i.: “Le pubbliche amministrazioni verificano annualmente lo stato di applicazione dei codici e organizzano attività di formazione del personale per la conoscenza e la corretta applicazione degli stessi”.
- 2) art. 15, comma 5, d.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 (Codice di comportamento dei dipendenti pubblici): *“Al personale delle pubbliche amministrazioni sono rivolte attività formative in materia di trasparenza e integrità, che consentano ai dipendenti di conseguire una piena conoscenza dei contenuti del codice di comportamento, nonché un aggiornamento annuale e sistematico sulle misure e sulle disposizioni applicabili in tali ambiti”.*
- 3) art. 1, legge 6 novembre 2012, n. 190 (cd. “legge anticorruzione”).

Pertanto l'Azienda USL Umbria n. 2 ha provveduto ad inserire nei propri Piani Formativi Aziendali²³ le attività formative in materia di prevenzione della corruzione ed in materia di trasparenza.

Tale percorso formativo iniziato già nel 2018 ha coinvolto i dipendenti neoassunti ed i dipendenti dei ruoli amministrativi e tecnici ed ha previsto n.21 edizioni (n.4 presso il P.O. di Orvieto, n. 6 presso la sede di Foligno, n. 5 presso il P.O. di Spoleto, n. 6 presso la sede di Terni) e coinvolto circa 1.300 discenti. I corsi sono stati organizzati facendo ricorso alle professionalità interne all'Azienda.

Anche durante questo ultimo anno, compatibilmente con i disagi conseguenti alla diffusione pandemica, pur con importante impegno organizzativo/tecnologico/gestionale, si è dato corso ad attività formative in modalità on line.

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

In tutti i corsi si è data evidenza da un lato a tutti gli aspetti normativi e dall'altro ai contenuti specifici del Piano che hanno una implicazione diretta sulle attività quotidiane. Particolare risalto ed enfasi sono stati dati alle tematiche ed ai concetti relativi ad etica, moralità, imparzialità, senso civico.

Il Piano Annuale di Formazione prevede obbligatoriamente un percorso formativo per la prevenzione della corruzione e la programmazione di adeguati percorsi di formazione, tenendo presente una strutturazione su due livelli:

- ✓ livello generale, rivolto a tutti i dipendenti: riguarda l'aggiornamento delle competenze (approccio contenutistico) e le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale);
- ✓ livello specifico, rivolto al responsabile della prevenzione, ai referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio: riguarda le politiche, i programmi e i vari strumenti utilizzati per la prevenzione e tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione.

Tale percorso di formazione, definito d'intesa con il Responsabile della Formazione, dovrà essere indirizzato secondo un approccio che sia al contempo normativo-specialistico e valoriale, in modo da accrescere le competenze e lo sviluppo del senso etico e, quindi, potrà basarsi sulle norme penali in materia di reati contro la pubblica amministrazione ed in particolare i contenuti della Legge 190/2012, PNA e sull'esame di casi concreti. Potrà essere prevista l'organizzazione di appositi focus group, composti da un numero ristretto di dipendenti e guidati da un animatore, nell'ambito dei quali vengano esaminate ed affrontate problematiche di etica calate nel contesto dell'organizzazione della Azienda USL Umbria n.2 al fine di far emergere il principio comportamentale eticamente adeguato

²³ delibera del Direttore Generale n. 200/2022

nelle diverse situazioni e riguardare gli aspetti etici e della legalità dell'attività amministrativa oltre ad ogni tematica che si renda opportuna e utile per prevenire e contrastare la corruzione.

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

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

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

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

Con l'adozione del presente P.T.P.C.T. si dà mandato al servizio Formazione di proseguire i percorsi formativi già tracciati, prevedendo, per tutto l'arco temporale di validità del presente piano, il coinvolgimento in primo luogo dei soggetti segnalati dai responsabili dei servizi e, di seguito, tutti gli altri operatori.



Il Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'Azienda USL Umbria n.2: strumenti di prevenzione e contrasto della corruzione

Responsabile Scientifico
Dott. Piero Carsili

Aggiornamento obbligatorio ai sensi dell'art. 1 comma 8 della legge 190/2012

Progetto Formativo Multimedialità
FAD Sincrona Go To Webinar
Evento NO ECM

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
Servizio Formazione USL Umbria 2
Referente Organizzativa Evento Maria Moretti
Tel. 0742 339673 email: maria.moretti@uslumbria2.it

Obiettivi formativi:
Al termine del corso il partecipante sarà in grado di:

1. Acquisire conoscenze relativamente a:
 - Legge 190/2012, Linee Guida ANAC e Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici - DPR 62/2013
 - Strumenti per la prevenzione della corruzione in Sanità e nella Azienda USL Umbria n.2
 - Principi di etica pubblica
 - Misure adottate in Azienda per la Trasparenza
2. conoscere la concreta applicazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
3. Aumentare il livello di consapevolezza e di cultura della trasparenza e della legalità all'interno della pubblica amministrazione

Destinatari: Tutti gli Operatori e i Professionisti dei Ruoli Sanitario, Amministrativo e Tecnico che non abbiano partecipato nelle edizioni degli anni passati a tale evento.

Iscrizioni: i Responsabili/Pos.Org./Coord. sono invitati a trasmettere via email alla segreteria organizzativa l'elenco dei partecipanti almeno **10 giorni** prima dell'edizione prescelta. Verrà quindi inviato il link di collegamento alla piattaforma GOTOWEBINAR.

La presenza in aula virtuale del partecipante sarà tracciata dalla piattaforma Go To Webinar.
Timbratura per formazione: **cod 25**

Materiale didattico: a cura del docente
Verifica dell'apprendimento: non prevista
Gradimento: Compilazione on line sul portale GURU del gradimento del corso entro 7 giorni dal termine dell'edizione.
Docente: Dott. Luca Calvi
P.O. "Adempimenti in materia di trattamento dati personali"

PROGRAMMA

Ed. 1 17 settembre 2021
orario 12.00-14.00

Ed. 2 5 ottobre 2021
orario 14.00-16.00

Inquadramento normativo e definizioni
Principi di etica e legalità
Analisi del PTPCT Azienda USL Umbria n.2
Le misure di prevenzione della corruzione
La mappatura dei processi
Il codice di comportamento
La trasparenza



Il percorso formativo iniziato già nel 2018 ha coinvolto i dipendenti neoassunti ed i dipendenti dei ruoli amministrativi e tecnici ed ha previsto n. 21 edizioni (n.4 presso il P.O. di Orvieto, n. 6 presso la sede di Foligno, n. 5 presso il P.O. di Spoleto, n. 6 presso la sede di Terni) e, negli ultimi due anni, in modalità F.A.D., coinvolgendo complessivamente circa 1.800 discenti. I corsi sono stati organizzati facendo ricorso alle professionalità interne all'Azienda. In tali corsi si è data evidenza da un lato a tutti gli aspetti normativi e dall'altro ai contenuti specifici del Piano che hanno una implicazione diretta sulle attività quotidiane. Particolare risalto ed enfasi sono stati assegnati alle tematiche ed ai concetti relativi ad etica, moralità, imparzialità, senso civico.

Il materiale didattico è reperibile sul sito web aziendale al link:
<http://www.uslumbria2.it/pagine/servizio-formazione-000>

Figura 14 Locandina corsi

Inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi di Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario²⁴.

Il Responsabile della Prevenzione della corruzione vigila, anche attraverso le disposizioni del Piano anticorruzione, che nell'Amministrazione siano rispettate le norme stabilite dal Decreto Legislativo n. 39/2013 in materia di inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi di natura dirigenziale. L'art. 15 del suddetto Decreto stabilisce che il RPC contesta all'interessato l'esistenza o l'insorgenza della situazione di inconferibilità o incompatibilità all'incarico e segnala ad ANAC, all'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato ed alla Corte dei Conti i casi di possibile violazione.

²⁴ D. Lgs n.39 del 8 aprile 2013 – Delibere ANAC n. 149/2014 n. 833/2016.

Il D.Lgs. 39/2013 definisce:

- ✓ *“inconferibilità”* la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi amministrativi di vertice, incarichi dirigenziali interni o esterni a coloro che: abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal Capo I del Titolo II del libro secondo del Codice Penale (vedi nota 9) anche con sentenza non passata in giudicato; che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione; che siano stati componenti di organo di indirizzo politico.
- ✓ *“incompatibilità”* l’obbligo per il soggetto cui viene conferito l’incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell’incarico e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione che conferisce l’incarico.

L’ANAC è intervenuta sull’argomento e con propria deliberazione n. 149 del 22 dicembre 2014 ha definito, al fine di evitare ulteriori dubbi interpretativi e applicativi, l’ambito soggettivo ed i limiti di applicabilità delle disposizioni in tema di inconferibilità e incompatibilità stabilendo che *“Le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL, come definite al precedente punto 1, devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all’art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39”*.

All’atto della nomina, colui al quale l’incarico è conferito, è tenuto a rilasciare una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità o incompatibilità comprendenti gli elementi contenuti nell’art. 8 e 14 del D.Lgs. 39/2013²⁵.

²⁵ Art. 8 D.Lgs. 39/2013:

1. Gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali non possono essere conferiti a coloro che nei cinque anni precedenti siano stati candidati in elezioni europee, nazionali, regionali e locali, in collegi elettorali che comprendano il territorio della ASL.
2. Gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali non possono essere conferiti a coloro che nei due anni precedenti abbiano esercitato la funzione di Presidente del Consiglio dei ministri o di Ministro, Viceministro o sottosegretario nel Ministero della salute o in altra amministrazione dello Stato o di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario nazionale.
3. Gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali non possono essere conferiti a coloro che nell’anno precedente abbiano esercitato la funzione di parlamentare.
4. Gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali non possono essere conferiti a coloro che nei tre anni precedenti abbiano fatto parte della giunta o del consiglio della regione interessata ovvero abbiano ricoperto la carica di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario regionale.

Si ritiene, pertanto, necessario indicare al Servizio Affari Generali, Legali e Logistica di accettare solo dichiarazioni alle quali venga allegata l'elencazione di tutti gli incarichi ricoperti dal soggetto che si vuole nominare, nonché delle eventuali condanne da questo subite per i reati commessi contro la pubblica amministrazione. Per il Direttore Amministrativo e Sanitario si deve far riferimento al modello di cui agli allegati 7 e 8, quest'ultimo da rendere con cadenza annuale. Le dichiarazioni rese sono pubblicate sul sito web aziendale.

Misure per prevenire il rischio di corruzione.

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

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

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

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

| | |
|---|---------------------------------|
| Aree di rischio generali (L. 190/2012 art. 1 comma 16) | ➤ autorizzazione o concessione; |
|---|---------------------------------|

5. Gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali non possono essere conferiti a coloro che, nei due anni precedenti, abbiano fatto parte della giunta o del consiglio di una provincia, di un comune con popolazione superiore ai 15.000 o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione, il cui territorio è compreso nel territorio della ASL.

Art. 14 D.Lgs. 39/2013: 1. Gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali sono incompatibili con la carica di Presidente del Consiglio dei ministri, Ministro, Vice Ministro, sottosegretario di Stato e commissario straordinario del Governo di cui all'articolo 11 della legge 23 agosto 1988, n. 400, di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario nazionale o di parlamentare. 2. Gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali di una regione sono incompatibili: a) con la carica di componente della giunta o del consiglio della regione interessata ovvero con la carica di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario regionale; b) con la carica di componente della giunta o del consiglio di una provincia, di un comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione della medesima regione; c) con la carica di presidente e amministratore delegato di enti di diritto privato in controllo pubblico da parte della regione, nonché di province, comuni con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di forme associative tra comuni aventi la medesima popolazione della stessa regione.

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

Figura 15 Riepilogo misure adottate dalla Azienda USL Umbria n.2

Rotazione dei dipendenti.

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

È intenzione della Azienda USL Umbria n.2 applicare il principio di rotazione, compatibilmente con l'organico, con l'esigenza di mantenere continuità e coerenza di indirizzo delle strutture e con le necessarie competenze e titoli nell'assunzione di responsabilità dirigenziali, di coordinamento e di controllo delle strutture.

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

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

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

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

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

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

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

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

La rotazione è effettuata di norma almeno ogni 5 anni.

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

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

Pertanto non si deve dare luogo a misure di rotazione se esse comportano la sottrazione di competenze professionali specialistiche da uffici cui sono affidate attività ad elevato contenuto tecnico. Ad esempio, le posizioni apicali di Direttore di UOC, le cui funzioni cliniche prevalgono su

quelle gestionali, sono assegnate per concorso e sono generalmente infungibili all'interno di una azienda sanitaria.

Per quanto concerne la dirigenza amministrativa, il numero complessivo dei dirigenti effettivamente in servizio in Azienda, è passato da 9 del 2014 a 5 nel 2019 comportando redistribuzione di responsabilità. Nel 2014 a seguito di 2 pensionamenti è avvenuta la rotazione di 2 dirigenti su 3 servizi. Nel 2015 e nel 2016 si è avuta una rotazione per ciascun anno.

Nel 2017 il collocamento a riposo di un dirigente amministrativo e l'assunzione di incarico esterno all'Azienda da parte di un altro dirigente amministrativo, hanno generato ulteriore rotazione fra i dirigenti.

Nel corso del 2021 sono stati assunti per mobilità due nuovi dirigenti amministrativi.

La rotazione "straordinaria"

E' obbligatorio applicare la rotazione "straordinaria", qualora si verifichi un fenomeno corruttivo ai sensi del d.lgs 165/2001, art. 16 co.1, lett.l-quater, che dispone che *"I dirigenti di uffici dirigenziali provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva"*.

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

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

Con riferimento alle tipologie di reati, ci si atterrà alle indicazioni fornite dall'ANAC con la citata circolare 215/2019, la quale ha precisato che l'elencazione dei reati (delitti rilevanti previsti dagli articoli 317, 318, 319, 319-bis, 319-ter, 319-quater, 320, 321, 322, 322-bis, 346-bis, 353 e 353-bis del codice penale), di cui all'art. 7 della legge n. 69 del 2015, per "fatti di corruzione" possa essere adottata anche ai fini della individuazione delle "condotte di natura corruttiva" che impongono la misura della rotazione straordinaria ai sensi dell'art.16, co. 1, lettera l-quater, del d.lgs.165 del 2001. 36

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

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

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

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

La ricorrenza di detti presupposti, nonché l'avvio di un procedimento disciplinare per condotte di tipo corruttivo impongono in via obbligatoria l'adozione di un provvedimento motivato con il quale l'amministrazione dispone sull'applicazione dell'istituto, con riferimento a "condotte di natura corruttiva". Si ribadisce che l'elemento di particolare rilevanza da considerare ai fini dell'applicazione della norma è quello della motivazione adeguata del provvedimento con cui viene valutata la condotta del dipendente ed eventualmente disposto lo spostamento.

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

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

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

Per quanto riguarda la conoscenza dell'avvio di un procedimento penale a carico di un dipendente, riguardando un momento del procedimento che non ha evidenza pubblica (in quanto l'accesso al

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

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

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

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

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

Disciplina aziendale sull'applicazione della rotazione straordinaria

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

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

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

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

Considerato che l'amministrazione può venire a conoscenza dello svolgimento del procedimento penale anche relativamente alle sue diverse fasi, si deve ritenere che il provvedimento debba essere adottato (con esito positivo o negativo, secondo le valutazioni che l'amministrazione deve compiere) sia in presenza del solo avvio del procedimento, sia in presenza di una vera e propria richiesta di rinvio

a giudizio. Il legislatore chiede che l'amministrazione ripeta la sua valutazione sulla permanenza in ufficio di un dipendente coinvolto in un procedimento penale, a seconda della gravità delle imputazioni e dello stato degli accertamenti compiuti dell'autorità giudiziaria.

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

Nell'anno 2022 l'Azienda costituirà un gruppo di lavoro per elaborare un regolamento aziendale in materia di rotazione straordinaria.

Il regolamento elaborato sarà portato all'attenzione delle Organizzazioni Sindacali. Entro il 31.07.2022 la Direzione Amministrazione del Personale dovrà formalizzare la delibera di approvazione definitiva del Regolamento.

L'art. 129, co. 1, del d.lgs. 28 luglio 1989, n. 271 disp. att. c.p.p. stabilisce che «Quando esercita l'azione penale nei confronti di un impiegato dello Stato o di altro ente pubblico, il pubblico ministero informa l'autorità da cui l'impiegato dipende, dando notizia dell'imputazione».

Poiché l'istituto della rotazione straordinaria è misura di prevenzione della corruzione, si deve ritenere che l'ordinamento richieda una immediata trasmissione della comunicazione del Procuratore della Repubblica, da parte degli organi che la ricevono, al RPCT perché vigili sulla disciplina e sulla effettiva adozione dei provvedimenti con i quali la misura può essere disposta.

Analogamente dovranno essere trasmesse al RPCT le comunicazioni relative all'avvio d'ufficio di procedimenti per l'applicazione dell'istituto della rotazione straordinaria o dell'avvio di procedimenti disciplinari relativi a fatti corruttivi, a cura dei soggetti promotori di tali iniziative.

| PROGETTAZIONE E PROGRAMMAZIONE DELLA MISURA | |
|---|---|
| Misura | Rotazione straordinaria del personale |
| Azioni | Approvazione del Regolamento aziendale |
| Responsabile dell'attuazione | Direzione Amministrazione del Personale |
| Tempistica di attuazione | 31/07/2022 |
| Indicatore di monitoraggio | Delibera di approvazione |
| Valori attesi | Corretta gestione dei casi di rotazione straordinaria del personale |

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

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

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

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

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

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

Gestione e controllo della presenza in servizio del personale

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

A tal fine costituiscono, fra gli altri, controlli necessari:

- ✓ il rispetto del vigente regolamento presenze/assenze;
- ✓ il ricorso frequente a giustificativi (per dimenticanza timbratura e/o badge...);
- ✓ le modalità di svolgimento della pausa caffè, necessariamente breve e svolta in modo da evitare assembramenti e/o il contemporaneo svuotamento dell'ufficio.

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

In questo anno, al fine di prevenire la diffusione pandemica, si è dato ampio spazio al lavoro in smart working, per il quale si sono fornite precise istruzioni, da parte della Direzione Amministrazione del Personale, per quel che qui riguarda, per il rispetto degli standard quali/quantitativi, misure di sicurezza e per tutte le altre modalità comportamentali.

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

In conformità a quanto previsto dagli artt. 35 bis del D.Lgs. 165/2001 “*Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni di ufficio*”, introdotto dall’art. 1, comma 46, della legge 190/2012, e 3 del D.Lgs. 39/2013, coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale²⁶:

- a) non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l’accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all’acquisizione di beni, servizi, lavori e forniture, nonché alla concessione o alla erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzione di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
- c) non possono far parte delle commissioni per la scelta del contraente per l’affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l’erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l’attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

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

La specifica preclusione di cui alla lett. b) dell’art. 35 bis del D.Lgs. 165/2001 riguarda sia l’attribuzione dell’incarico o l’esercizio delle funzioni dirigenziali, sia lo svolgimento di funzioni direttive; pertanto,

²⁶ Codice penale | Libro II - Dei delitti in particolare

TITOLO II Dei delitti contro la Pubblica Amministrazione

Capo I Dei delitti dei pubblici ufficiali contro la Pubblica Amministrazione

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

l'ambito soggettivo della norma ricomprende non solo i dirigenti, ma anche i funzionari e i collaboratori che svolgono funzioni dirigenziali o che siano titolari di posizioni organizzative.

Le strutture competenti all'adozione del provvedimento²⁷, devono verificare l'insussistenza di precedenti penali mediante acquisizione d'ufficio ovvero mediante autocertificazione resa dall'interessato ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 all'atto:

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

Le autocertificazioni acquisite devono essere controllate prima dell'inizio dei lavori.

La dichiarazione resa da coloro i quali sono stati individuati per far parte di commissioni, deve essere conforme al modello di cui all'Allegati 8, 9, o 10.

Inoltre le strutture competenti all'adozione del provvedimento devono raccogliere le dichiarazioni sul conflitto di interessi (Allegato 13).

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

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

Figura 16 Griglia di riepilogo formazione commissioni

Formazione di commissioni giudicatrici – Procedure (art. 77 C.A.)

²⁷ Di norma il responsabile dell'ufficio che ha effettuato la proposta di delibera/determina.

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

La sussistenza di una situazione di incompatibilità dei membri della commissione di gara²⁸, tale da imporre l'obbligo di astensione, deve essere valutata ex ante, in relazione agli effetti potenzialmente distorsivi che il difetto di imparzialità potrebbe determinare in relazione alla situazione specifica. Per tale motivo è necessario che i commissari di gara dichiarino, prima della nomina, ogni eventuale situazione di conflitto, anche solo potenziale, al fine di consentire alla Stazione appaltante una valutazione di merito in ordine alla sussistenza dell'obbligo di astensione qualora la situazione sia tale da escludere di fatto ogni dubbio circa eventuali interessi dei commissari che potrebbero pregiudicare l'imparzialità del loro giudizio.

Le procedure per la formazione di commissioni giudicatrici, sono state di recente oggetto di modifica ed aggiornamento a seguito della emanazione della Delibera ANAC n. 1190/2016²⁹. Con tali linee guida, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 78 del D.Lgs. 19 aprile 2016, n. 50, vengono definiti i criteri e le modalità per l'iscrizione all'Albo nazionale obbligatorio dei componenti delle commissioni giudicatrici da parte dei soggetti dotati di requisiti di compatibilità e moralità, nonché di comprovata competenza e professionalità nello specifico settore a cui si riferisce il contratto. Queste disposizioni non si applicano alle procedure di aggiudicazione di contratti di appalto o concessioni effettuate dagli enti aggiudicatori che non siano amministrazioni aggiudicatrici quando svolgono una delle attività previste dagli articoli 115-121 del Codice.

Nelle more della costituzione dell'albo nazionale, l'azienda USL Umbria n.2 si è dotata di un apposito regolamento per disciplinare la nomina dei componenti delle commissioni giudicatrici, conformandosi ai principi ispiratori delle linee guida ANAC citate³⁰.

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

²⁸ D.Lgs. 50/2016 Art. 42 comma 2. Si ha conflitto d'interesse quando il personale di una stazione appaltante o di un prestatore di servizi che, anche per conto della stazione appaltante, interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni o può influenzarne, in qualsiasi modo, il risultato, ha, direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di appalto o di concessione. In particolare, costituiscono situazione di conflitto di interesse quelle che determinano l'obbligo di astensione previste dall'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, 62.

²⁹ Delibera ANAC n. 1190 del 16 novembre 2016 - Linee guida n. 5, di attuazione del D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50, recanti "Criteri di scelta dei commissari di gara e di iscrizione degli esperti nell'Albo nazionale obbligatorio dei componenti delle commissioni giudicatrici"

³⁰ delibera del D.G. 983 del 28/12/2016.

Formazione di commissioni invalidi civili.

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

- ✓ Presidenti delle commissioni: medici di medicina legale nomina per 5 anni sulla base di un avviso interno secondo le disposizioni normative vigenti;
- ✓ Medici componenti nomina per 5 anni sulla base di un avviso interno tenuto conto delle valutazioni dei curricula;
- ✓ Medici di nomina AMNIC/altri organismi esterni competenti: nomina di competenza dell'associazione;
- ✓ Membri segretari: incarico per sei mesi sulla base delle domande validamente presentate.

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

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

Tali criteri sono stati adottati nella delibera del D.G. n. 1390 del 05/12/2017 che ha costituito le nuove commissioni ai sensi della L. 295/90, 104/92, L.R. 11/15 e D.G.R. 908/13³¹.

Il presidente ed i membri della commissione, devono dichiarare l'eventuale presenza di conflitto di interesse.

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

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

Il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti³²; in questi casi, l'amministrazione - pur non essendo necessario il rilascio di una formale

³¹ Cfr. delibere del Direttore Generale n.624/2018, n.969/2018, n.1252/2018 e n.1637/2018.

³² Art.53 comma 12 D.Lgs. 165/2001.

autorizzazione - deve comunque valutare tempestivamente l'eventuale sussistenza di situazioni di conflitto di interesse anche potenziale e, se del caso, comunicare al dipendente il diniego allo svolgimento dell'incarico.

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

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

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

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

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

Tutela del dipendente che segnala illeciti (Whistleblower)

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

Occorre prioritariamente distinguere fra segnalazione anonima e riservatezza dell'identità del segnalante ai fini delle tutele offerte dall'impianto normativo vigente volte ad evitare che il dipendente, venuto a conoscenza di condotte illecite in ragione del rapporto di lavoro, ometta di segnalarle per il timore di subire conseguenze pregiudizievoli. L'art. 54-bis del d.lgs. 165/2001 assicura la riservatezza dell'identità di chi si espone in prima persona. A tal fine il procedimento di gestione della segnalazione deve garantire la riservatezza dell'identità del segnalante sin dalla ricezione della segnalazione e in ogni fase successiva. Naturalmente la garanzia di riservatezza presuppone che il segnalante renda nota la propria identità. Non rientra, dunque, nella fattispecie prevista dalla norma come «dipendente pubblico che segnala illeciti», quella del soggetto che, nell'inoltrare una segnalazione, non si renda conoscibile. In sostanza,

la *ratio* della norma è di assicurare la tutela del dipendente, mantenendo riservata la sua identità, solo nel caso di segnalazioni provenienti da dipendenti pubblici individuabili e riconoscibili. Ne consegue che in presenza di segnalazioni anonime non si applica la tutela prevista dall'art. 54bis.

Resta comunque fermo, che l'Azienda prende in considerazione anche le segnalazioni anonime inoltrate anche attraverso il software predisposto, ove queste siano adeguatamente circostanziate e rese con dovizia di particolari, ove cioè siano in grado di far emergere fatti e situazioni relazionandoli a contesti determinati.

Spesso i whistleblowers, spinti da elevati valori di moralità ed altruismo, si espongono singolarmente a ritorsioni, rive, azioni vessatorie, da parte dell'istituzione o azienda destinataria della segnalazione o singoli soggetti ovvero organizzazioni responsabili ed oggetto delle accuse, venendo sanzionati disciplinarmente, licenziati o minacciati fisicamente.

La legge 179 del 30/11/2017, recentemente approvata, si compone di tre articoli, ha come obiettivo principale quello di garantire una tutela adeguata ai lavoratori ed amplia la disciplina di cui alla legge 190/2012.

Le nuove norme modificano l'articolo 54 bis della D.Lgs. 165/2001 stabilendo che il dipendente³³ che segnala al RPC dell'ente o all'Autorità nazionale anticorruzione o ancora all'autorità giudiziaria ordinaria o contabile le condotte illecite o di abuso di cui sia venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto di lavoro, non può essere - per motivi collegati alla segnalazione - soggetto a sanzioni, demansionato, licenziato, trasferito o sottoposto ad altre misure organizzative che abbiano un effetto negativo sulle condizioni di lavoro.

Di seguito le principali novità introdotte:

Reintegrazione nel posto di lavoro. La nuova disciplina prevede che il dipendente sia reintegrato nel posto di lavoro in caso di licenziamento e che siano nulli tutti gli atti discriminatori o ritorsivi. L'onere di provare che le misure discriminatorie o ritorsive adottate nei confronti del segnalante sono motivate da ragioni estranee alla segnalazione sarà a carico dell'amministrazione.

Sanzioni per gli atti discriminatori³⁴. L'ANAC, a cui l'interessato o i sindacati comunicano eventuali atti discriminatori, applica le sanzioni amministrative contenute nella L. 179/2017.

³³ D.lgs. 165 del 30/03/2001 art.54bis comma 2. Ai fini del presente articolo, per dipendente pubblico si intende il dipendente delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, ivi compreso il dipendente di cui all'articolo 3, il dipendente di un ente pubblico economico ovvero il dipendente di un ente di diritto privato sottoposto a controllo pubblico ai sensi dell'articolo 2359 del codice civile. La disciplina di cui al presente articolo si applica anche ai lavoratori e ai collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione pubblica.

³⁴ L. 179/2017 art. 1 comma 6. Qualora venga accertata, nell'ambito dell'istruttoria condotta dall'ANAC, l'adozione di misure discriminatorie da parte di una delle amministrazioni pubbliche o di uno degli enti di cui al



Segretezza dell'identità del denunciante. Non potrà, per nessun motivo, essere rivelata l'identità del dipendente che segnala atti discriminatori e, nell'ambito del procedimento penale, la segnalazione sarà coperta nei modi e nei termini di cui all'articolo 329 del codice di procedura penale³⁵. La segnalazione è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni.

L'ANAC, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, elaborerà linee guida sulle procedure di presentazione e gestione delle segnalazioni promuovendo anche strumenti di crittografia quanto al contenuto della denuncia e alla relativa documentazione per garantire la riservatezza dell'identità del segnalante.

Blocco della tutela. Sempre secondo quanto previsto dall'articolo 1 della legge in esame, il dipendente che denuncia atti discriminatori non avrà diritto alla tutela nel caso di condanna del segnalante in sede penale (anche in primo grado) per calunnia, diffamazione o altri reati commessi con la denuncia o quando sia accertata la sua responsabilità civile per dolo o colpa grave.

Giusta causa di rivelazione del segreto d'ufficio. Nelle ipotesi di segnalazione o denuncia, il perseguimento dell'interesse all'integrità delle amministrazioni, pubbliche e private, nonché alla prevenzione e alla repressione delle malversazioni, costituisce giusta causa di rivelazione di notizie coperte dall'obbligo di segreto (articoli 326, 622 e 623 c.p. e all'articolo 2105 cc).

Non devono essere dimenticate comunque le prescrizioni dell'art. 361 c.p.³⁶.

comma 2, fermi restando gli altri profili di responsabilità, l'ANAC applica al responsabile che ha adottato tale misura una sanzione amministrativa pecuniaria da 5.000 a 30.000 euro. Qualora venga accertata l'assenza di procedure per l'inoltro e la gestione delle segnalazioni ovvero l'adozione di procedure non conformi a quelle di cui al comma 5, l'ANAC applica al responsabile la sanzione amministrativa pecuniaria da 10.000 a 50.000 euro. Qualora venga accertato il mancato svolgimento da parte del responsabile di attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute, si applica al responsabile la sanzione amministrativa pecuniaria da 10.000 a 50.000 euro. L'ANAC determina l'entità della sanzione tenuto conto delle dimensioni dell'amministrazione o dell'ente cui si riferisce la segnalazione.

³⁵ Articolo 329 cpp. 1. Gli atti di indagine compiuti dal pubblico ministero e dalla polizia giudiziaria sono coperti dal segreto fino a quando l'imputato non ne possa avere conoscenza e, comunque, non oltre la chiusura delle indagini preliminari. 2. Quando è necessario per la prosecuzione delle indagini, il pubblico ministero può, in deroga a quanto previsto dall'articolo 114, consentire, con decreto motivato, la pubblicazione di singoli atti o di parti di essi. In tal caso, gli atti pubblicati sono depositati presso la segreteria del pubblico ministero. 3. Anche quando gli atti non sono più coperti dal segreto a norma del comma 1, il pubblico ministero, in caso di necessità per la prosecuzione dell'indagine, può disporre con decreto motivato: a) l'obbligo del segreto per singoli atti, quando l'imputato lo consente o quando la conoscenza dell'atto può ostacolare le indagini riguardanti altre persone; b) il divieto di pubblicare il contenuto di singoli atti o notizie specifiche relative a determinate operazioni.

³⁶ Art. 361 c.p.: "Il pubblico ufficiale, il quale omette o ritarda di denunciare all'Autorità giudiziaria, o ad un'altra Autorità che a quella abbia obbligo di riferirne, un reato di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni, è punito con la multa da trenta euro a cinquecentosedici euro.

La pena è della reclusione fino ad un anno, se il colpevole è un ufficiale o un agente di polizia giudiziaria [c.p.p. 57], che ha avuto comunque notizia di un reato del quale doveva fare rapporto [c.p.p. 330-332, 347]. Le disposizioni precedenti non si applicano se si tratta di delitto punibile a querela della persona offesa."

L'Azienda USL Umbria n. 2 al fine di rispondere al recente dettato normativo nonché far meglio comprendere l'importanza delle segnalazioni del whistleblower ha adottato il regolamento per la segnalazione degli illeciti e per la tutela del dipendente pubblico aggiornato con le novità introdotte dalla L. 179/2017 ed allegato al presente P.T.P.C.T. (Allegato 19).

Per la completa tutela del whistleblower, si è provveduto a istituzionalizzare un proprio canale informatico per effettuare e ricevere in completo anonimato le eventuali segnalazioni attraverso il progetto realizzato mediante la piattaforma internet messa a disposizione da Transparency International Italia.

Il segnalatore ha a disposizione l'indirizzo internet <https://uslumbria2.whistleblowing.it> che lo conduce alla piattaforma e attraverso un percorso guidato ad effettuare la segnalazione. L'unico destinatario della segnalazione è il R.P.C. della Azienda USL Umbria n.2.



Conflitto di interessi – Obbligo di segnalazione

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

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

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

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

I dipendenti che nell'esercizio delle loro funzioni e competenze specifiche vengano a conoscenza di possibili conflitti d'interesse che possano riguardare per qualsiasi motivo la propria persona, devono astenersi da quella attività (ai sensi dell'articolo 6 bis della legge n. 241/1990, introdotto dall'art. 1,

comma 41, legge n. 190 del 2012)³⁷ segnalando tempestivamente, e comunque prima di adottare qualsiasi atto/attività/decisione in merito, ogni situazione di conflitto di interessi, anche potenziale.

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

1. per effettuare la segnalazione è disponibile il modulo inserito nel presente piano come allegato 13;
2. le segnalazioni del conflitto devono essere indirizzate al dirigente di riferimento;
3. se la segnalazione riguarda il dirigente, la comunicazione è rivolta alla funzione superiore in via gerarchica, secondo gli assetti organizzativi aziendali.
4. colui il quale riceve la segnalazione deve valutare la situazione sottoposta e deve rispondere formalmente per iscritto con nota motivata al dipendente le ragioni che determinano la rimozione dello stesso dal seguire la procedura in questione o che ne consentano la prosecuzione;
5. nel caso in cui sia necessario sollevare il soggetto dal procedimento affidato, il responsabile provvederà, nel rispetto del principio di proporzionalità, all'affidamento ad altro soggetto di quella attività per la quale è emerso il conflitto di interessi. I responsabili dei Servizi aziendali dovranno trasmettere al R.P.C. un report di monitoraggio sulle dichiarazioni raccolte annualmente entro il 30 novembre di ogni anno per i dodici mesi precedenti, comunicando la soluzione adottata e le motivazioni, anche al fine di assicurare la continuità amministrativa; dovrà essere data evidenza del rispetto dei tempi di presentazione delle dichiarazioni. La relazione dovrà dar conto della soluzione adottata, in caso di conflitto di interesse, anche al fine di assicurare la continuità amministrativa.
6. nel caso in cui sia necessario sollevare il soggetto dal procedimento affidato ma il responsabile risulti impossibilitato a sostituirlo, avoca a sé l'incarico.

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

| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>IMPARZIALITA'</p>  | <p>CONFLITTO DI INTERESSI POTENZIALE</p>  | <p>CONFLITTO DI INTERESSI ATTUALE E CONCRETO</p>  | <p>INCOMPATIBILITA'</p>  |
|--|--|--|---|

³⁷ "Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale."

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

Figura 17 Conflitto di interessi

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

Principi applicati nell'attività contrattuale con i fornitori

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

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

Si evitano le proroghe se non nei casi concessi dalle norme

I principi del presente articolo sono tradotti in misure specifiche, rilevabili nell'allegato 23 (Mappatura dei processi) poste a carico delle UU.OO. Aziendali competenti in materia di attività contrattuale con i fornitori.

Codice di Comportamento

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

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

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

I dirigenti provvedono, inoltre, alla costante vigilanza sul rispetto del Codice di Comportamento da parte dei dipendenti assegnati alla propria struttura, tenendo conto delle violazioni accertate e sanzionate ai fini della tempestiva attivazione del procedimento disciplinare e della valutazione individuale del singolo dipendente.

Il Codice di comportamento dell'Azienda è stato aggiornato nell'ambito del presente Piano con le novità introdotte dal D.Lgs. 20 luglio 2017, n. 118³⁸ e con nuove disposizioni per il dipendente che presta servizio nelle aree dell'affidamento di lavori, servizi e forniture.

Descrizione dei procedimenti e del personale coinvolto.

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

³⁸ D.Lgs. 20 luglio 2017, n. 118: "Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 20 giugno 2016, n. 116, recante modifiche all'articolo 55-quater del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai sensi dell'articolo 17, comma 1, lettera s), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di licenziamento disciplinare".

| Procedimento (breve descrizione) | Normativa di riferimento | Responsabile del procedimento (unitamente ai recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale) | Ove diverso unità organizzativa competente all'adozione del provvedimento finale (indicazione del nome responsabile ufficio unitamente ai recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale) | Procedimento ad istanza di parte (modulistica) | Procedimento ad istanza di parte | Termine di conclusione del procedimento | Conclusioni del procedimento attraverso una dichiarazione sostitutiva dell'interessato o con ... | Strumenti di tutela riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato | Tempi di realizzazione degli accessi ai servizi | Modalità per l'effettuazione di eventuali | Soggetto a cui è attribuito in caso di inerzia il |
|----------------------------------|--------------------------|--|---|--|----------------------------------|---|--|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | |

Figura 18 Descrizione dei procedimenti e del personale coinvolto.

Attività Libero Professionale Intramuraria.

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

Procedura per la gestione dei ricoveri chirurgici programmabili.

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

Lo scopo della procedura è volto a:

- ✓ garantire che l'accesso alle procedure chirurgiche in elezione avvenga secondo criteri di accessibilità, equità trasparenza, a tutela dei diritti del paziente;
- ✓ definire i criteri clinici delle classi di priorità ed i relativi tempi di attesa;

- ✓ garantire il monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri ospedalieri secondo le indicazioni ministeriali e regionali:
- ✓ controllare l'andamento dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici erogati, secondo la classe di priorità.

Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero

La gestione del servizio relativi all'utilizzo delle camere mortuarie riveste un aspetto estremamente delicato, tenuto conto delle forti implicazioni di natura sia etica che economica degli interessi coinvolti, potenzialmente in grado di condizionare l'attività degli operatori, interni ed esterni impiegati nell'ambito richiamato.

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

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

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

Tutela della salute dei lavoratori in epoca COVID

Smart working e misure per limitare l'accesso nelle sedi dell'azienda USL Umbria 2

L'Azienda USL Umbria 2 è fortemente impegnata per l'applicazione dello smart working e delle modalità flessibili per lo svolgimento dell'attività lavorativa per garantire la piena tutela della salute dei propri dipendenti.

In piena coerenza con le misure nazionali di contenimento dell'infezione da Covid-19, con direttiva aziendale del 12 marzo 2020 prot. 54546 e successive integrazioni, la direzione strategica ha immediatamente impegnato i responsabili delle strutture cui è affidata la gestione delle risorse umane, a predisporre, attraverso un approfondito monitoraggio delle situazioni presenti in ogni singolo servizio, un programma con azioni e misure per limitare l'accesso alle sedi al fine di evitare possibili occasioni di contatto e quindi ridurre il rischio di diffusione del virus. La mappatura effettuata da ciascun servizio è confluita rapidamente in un piano aziendale con attivazione di modalità flessibili di svolgimento della prestazione lavorativa, autorizzazione a procedere con lo smart working e ricorso alla fruizione di periodi di ferie, non godute negli anni precedenti, per i dipendenti impiegati in attività differibili.



Queste misure, adottate in tempi estremamente rapidi grazie ad un impegno straordinario di tutte le strutture aziendali e al servizio Informatico e Telecomunicazioni che ha garantito il necessario supporto tecnico per l'attivazione del lavoro da remoto in modalità smart working, insieme al ricorso alle disposizioni nazionali straordinarie quali il ricorso al congedo parentale e all'estensione a 18 giorni complessivi dell'istituto delle legge 104/1992, ha consentito di "svuotare" gli uffici assicurando, al tempo stesso, oltre le quotidiane attività istituzionali la prosecuzione di attività prioritarie ed eccezionali.

Il piano aziendale, attuato in tempi estremamente rapidi e ampiamente partecipato, ha necessariamente coinvolto i responsabili della sicurezza aziendale ed i servizi di prevenzione deputati alla tutela della salute negli ambienti di lavoro.

Nello specifico, sulla base delle direttive aziendali il servizio Informatico e Telecomunicazioni ha prima progettato e poi implementato, sin dai primi giorni di marzo, il sistema che consente ai dipendenti dell'azienda di poter lavorare in smart working.

I primi dipendenti hanno iniziato il lavoro agile a partire da lunedì 16 marzo 2020 e progressivamente, attraverso un impegno straordinario, il personale del servizio Informatico ha raggiunto, in pochissimi giorni, la considerevole cifra di 175 unità (tra personale dipendente, operatori di Umbria Salute scarl [società partecipata] e personale afferente alle ditte esterne).

Questa grande mole di lavoro è stata realizzata mentre venivano riorganizzati servizi e strutture (ad esempio riconfigurazione degli Ospedali), implementati nuovi servizi digitali (come i sistemi per la sorveglianza epidemiologica COVID-19, la gestione informatizzata dei referti dei tamponi, la gestione informatizzata delle USCA) e potenziati in maniera esponenziale i servizi di videoconferenza.

La Direzione Amministrazione del Personale ha contestualmente e puntualmente disciplinato questa nuova modalità di erogazione dell'attività lavorativa dettando note ed istruzioni su:

- ✓ sicurezza del lavoro (art.22 L.81/2017),
- ✓ obblighi dei lavoratori (art. 20 L. 81/2017)
- ✓ comportamenti di prevenzione generale richiesti allo smart worker
- ✓ indicazioni relative allo svolgimento di ambiente lavorativo in ambiente outdoor
- ✓ indicazioni relative ad ambienti indoor privati
- ✓ utilizzo sicuro di attrezzature/dispositivi di lavoro
- ✓ indicazioni relative a requisiti e corretto utilizzo di impianti elettrici

Tutta l'attività svolta in smart working è rendicontata dal lavoratore al proprio superiore gerarchico con cadenza preconcordata. il riepilogo è oggetto di valutazione in termini di congruenza tra i tempi di lavorazione necessari e l'orario dovuto, strutturando quindi un robusto impianto per contrastare eventuali ipotesi di cattiva gestione dell'attività in smart working. Attualmente la materia è in corso di ridefinizione normativa, anche alla luce della recrudescenza dell'epidemia. In ogni caso, entro le date stabilite dalla norma, l'azienda dovrà riorganizzare il lavoro agile. Tale programmazione costituirà parte integrante del PIAO.

Sistemi di video conferenza

La necessità di mantenere un elevato distanziamento sociale ha portato l'Azienda a svolgere le quotidiane attività in modalità videoconferenza, garantendo la continuità e l'organizzazione dei servizi ed anche l'interazione continua tra i professionisti dell'Azienda. Con tale modalità, in realtà, sono state razionalizzate una serie di incontri, riunioni, attività che in epoca pre pandemica venivano svolte con notevole dispendio di tempo, risorse e costi, considerando anche la grande estensione territoriale dell'Azienda.

Regolamenti, circolari, direttive interne.

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

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

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

Questa importante misura di prevenzione costituisce il forte impulso assegnato dalla Direzione ai regolamenti aziendali, portatori di certezze e trasparenza, che, per i settori gestiti, consentono risultanze facilmente monitorabili e controllabili (all'Allegato 4 i principali atti regolamentari adottati dall'Azienda USL Umbria n.2).

Delibere/determine.

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

- ✓ la normativa di riferimento: vanno indicati gli estremi (numero, data, oggetto) delle fonti normative di riferimento: leggi statali, leggi regionali, D.P.R., DGR, delibere del D.G., circolari, sentenze ecc.
- ✓ la motivazione:
- ✓ parte descrittiva (presupposti di diritto, presupposti di fatto del contenuto del provvedimento da adottare);
- ✓ parte valutativa;
- ✓ dati di costo eventuali (o di ricavo).
- ✓ il dispositivo:

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

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

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

Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati

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

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

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

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

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

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

Nodo Smistamento Ordini (NSO).

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

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

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

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

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

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

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

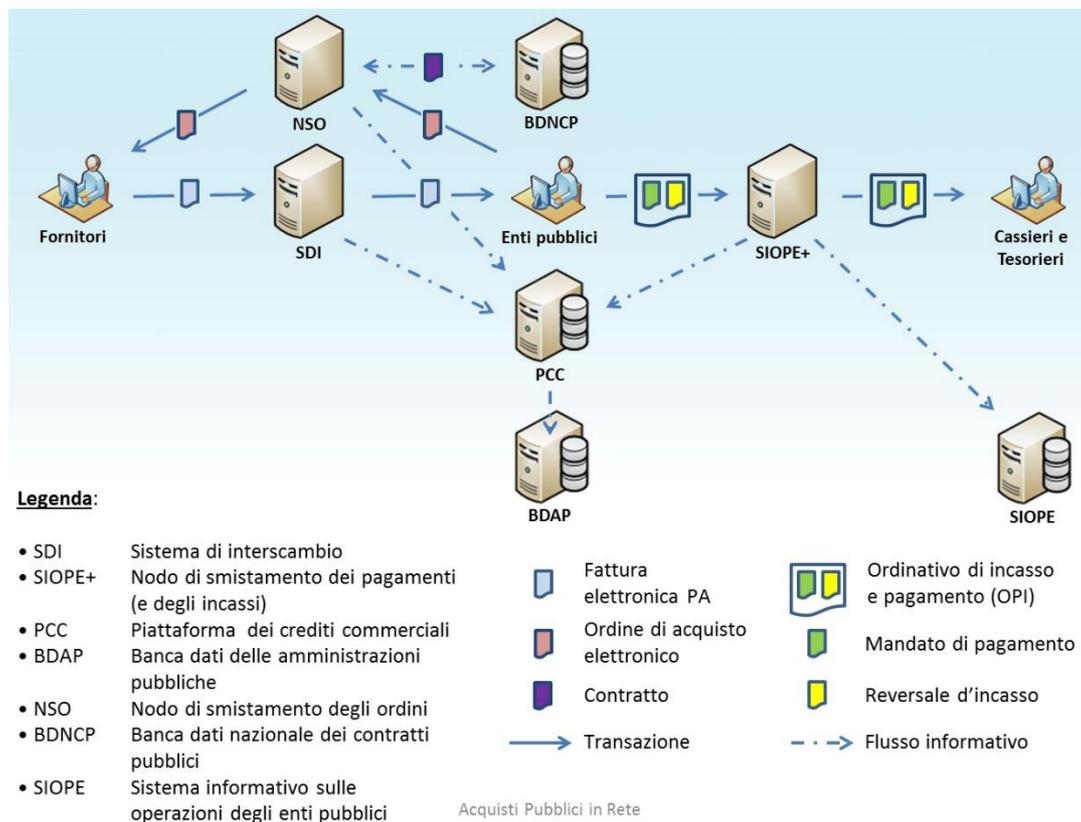


Figura 19 Sistema NSO - SDI

Procedimenti certificati in qualità - Regolamentazione procedimenti.

Gli standard di qualità per l'accreditamento dell'assistenza ospedaliera sono promossi ed attivati secondo il modello della Clinical Governance, per dare attuazione al cambiamento complessivo del



USL Umbria2

sistema sanitario e fornire strumenti per lo sviluppo delle capacità organizzative necessarie ad erogare un servizio di assistenza di qualità, sostenibile, responsabile e centrato sui bisogni della persona

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

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

I certificatori hanno rilevato che il sistema di gestione per la qualità è rispettoso dei requisiti imposti dal



tutti i

modello di riferimento e coerente con le caratteristiche e le peculiarità della struttura organizzativa esaminata. La conoscenza del sistema di qualità e l'approccio al rispetto delle regole ed al miglioramento continuo è ampiamente diffusa in processi aziendali. Il progetto di certificazione e accreditamento è la testimonianza pratica dell'uso del buon governo clinico in un modello semplice, fruibile e misurabile rappresentando uno strumento di garanzia per il cittadino.

“La mission dell’Azienda è quella di stare dalla parte di chi chiede con la responsabilità di chi offre e questo credo sia la sintesi di ciò che è oggi il governo clinico: attenzione al bisogno e alla qualità, ma anche alla sostenibilità. Il tema della qualità e dell’accreditamento non è legato a un riconoscimento di tipo formale per l’organizzazione, ma è un progetto per dare garanzie al proprio paziente. Tale risultato è la testimonianza pratica dell’uso del buon governo clinico in un modello misurabile. Il processo non si chiude con la certificazione o l’accreditamento, ma da tali riconoscimenti riparte per migliorare continuamente la garanzia per i cittadini” (Direttore Generale dell’USL Umbria 2, Imolo Fiaschini).

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

Percorso Attuativo della Certificabilità della Regione Umbria - Potenziamento del Sistema dei Controlli Interni - Istituzione Gruppo di Lavoro Aziendale.

In data 13 marzo 2017 la Regione Umbria, nell'ambito del Percorso regionale sulla certificabilità, ha adottato la Deliberazione n. 238 del 13 marzo 2017 recante *“Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) della Regione Umbria - Potenziamento del sistema dei controlli interni”* allo scopo di consolidare gli obiettivi già raggiunti con il PAC.

Con la medesima deliberazione la Giunta ha approvato altresì il Progetto *“Potenziamento del sistema di controllo interno e Internal Auditing nella Aziende sanitarie della Regione Umbria”*, dando mandato

ai competenti Servizi regionali e alle Direzioni aziendali di porre in essere ogni necessaria attività per la pratica attuazione di tale Progetto.

Con Deliberazione 9 ottobre 2017 n. 1148, la Regione Umbria ha costituito il Gruppo di lavoro “Controllo interno e Internal Auditing” sotto la cui responsabilità ed azione la stessa Regione intende garantire il raggiungimento degli obiettivi del Progetto “*Potenziamento del sistema di controllo interno e Internal Auditing nella Aziende sanitarie della Regione Umbria*”.

Con delibera del Direttore Generale n. 1556 del 29/12/2017 sono stati individuati i componenti identificati con personale qualificato per implementare il sistema di controllo interno e sottolineando che il gruppo di lavoro così costituito potrà essere modificato nella composizione ed integrato con altre figure professionali in relazione agli aspetti specifici e agli obiettivi stabiliti a livello regionale dal Gruppo Regionale per lo sviluppo del Controllo Interno e dell’Internal Auditing. Nel corso del 2018 sono state ultimate tutte le attività programmate con la elaborazione di due rapporti di audit (rimanenze di reparto ed attrezzature sanitarie).

Obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari.

Gli obblighi di tracciabilità così come previsti dalle norme attualmente in vigore³⁹, si articolano essenzialmente in tre adempimenti:

- a. utilizzo di conti correnti bancari o postali dedicati alle commesse pubbliche, anche in via non esclusiva.
- b. effettuazione dei movimenti finanziari relativi alle medesime commesse pubbliche esclusivamente con lo strumento del bonifico bancario o postale ovvero con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni;
- c. indicazione negli strumenti di pagamento relativi ad ogni transazione del codice identificativo di gara (CIG) e, ove obbligatorio ai sensi dell’art. 11 della legge 16 gennaio 2003, n. 3, del codice unico di progetto (CUP).

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

Rapporti contrattuali con privati accreditati.

Nella fase di esecuzione degli accordi contrattuali stipulati tra le aziende e i soggetti accreditati, eventi rischiosi sono rappresentati dal mancato rispetto delle previsioni contrattuali in merito alla tipologia

³⁹ - Art. 3 della legge 13 agosto 2010 n. 136 “Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia”

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

ed alla qualità delle prestazioni, da riconoscimenti economici indebiti per prestazioni inappropriate o non erogate, dall'assenza o inadeguatezza delle attività di controllo.

Alcune misure idonee a contrastare tali rischi sono il rafforzamento dei controlli quali-quantitativi e di esito sulle prestazioni erogate in regime di contrattualizzazione, la definizione di modalità di controllo e vigilanza sul rispetto dei contenuti degli accordi contrattuali, l'attivazione di un sistema di monitoraggio per la valutazione delle attività erogate.

I privati accreditati al momento della stipula della convenzione con l'Azienda USL Umbria n.2, sottoscriveranno il patto di integrità come da modello in allegato 14.

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

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

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

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

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

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

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

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

Figura 20 Griglia da redigere per pubblicazione dati comodato e valutazioni in prova portale web aziendale.

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

Disposizioni in tema di donazioni e lasciti.

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

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

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

| Dati donazioni | |
|-------------------------------------|--|
| Numero e data delibera accettazione | |
| Il donatore | |

| Dati donazioni | |
|---|--|
| L'utilizzatore | |
| Oggetto della donazione | |
| Valore economico della donazione | |
| Eventuali costi per l'azienda sanitaria correlati all'utilizzo della donazione (es. materiali di consumo) | |
| Motivazione della mancata accettazione | |

Figura 21 Griglia da redigere per pubblicazione dati donazioni portale web aziendale.

Donazioni di somme di denaro.

A seguito degli eventi sismici del 24 agosto, del 26 ottobre e, soprattutto, del 30 ottobre 2016 che hanno interessato in maniera rilevante il territorio della Usl Umbria n. 2 e che hanno compromesso diverse strutture sanitarie, in particolare quelle site nel Comune di Norcia e nel Comune di Cascia, diversi soggetti singoli e altre istituzioni o associazioni si sono rivolti all'Usl Umbria n. 2, esprimendo il desiderio di effettuare donazioni in denaro finalizzate specificamente a cofinanziare progetti di ripristino delle strutture sanitarie danneggiate o, comunque, all'acquisto di attrezzature, strumentazioni sanitarie, beni e servizi per la riorganizzazione delle attività socio - sanitarie erogate alle popolazioni colpite. Le donazioni effettuate per tali finalità dovranno indicare la causale al fine di dare alla USL Umbria 2 la possibilità di mantenere il vincolo di destinazione d'uso delle donazioni. Le donazioni in denaro che perverranno saranno cumulate fino a raggiungere la somma necessaria per acquisire un determinato bene o servizio. Di tutte le donazioni versate sul conto corrente postale o sul conto corrente bancario con causale "Donazione pro terremotati" sarà dato conto nel sito web dell'Azienda <http://www.uslumbria2.it/>, sia al link <http://www.uslumbria2.it/notizie/in-primo-piano>, nell'apposita sezione dedicata alla raccolta aggiornata delle informative e disposizioni aziendali e regionali a seguito degli eventi sismici, sia in Amministrazione Trasparente. Qualora il donante voglia essere menzionato con cognome e nome dovrà espressamente richiederlo avendo consapevolezza e conoscenza:

- ✓ Dell'informativa di cui all'allegato 18;
- ✓ Del fatto che il cognome e nome del richiedente verranno pubblicati sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione trasparenza"

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

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Figura 22 Griglia da redigere per pubblicazione dati donazioni e lasciti portale web aziendale.

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

Si fa riferimento all'art. 99 del decreto legge 17 marzo 2020, n.18⁴⁰ che contiene previsioni rivolte al Dipartimento della Protezione Civile, agli Enti del SSN, e, più in generale, alle pubbliche amministrazioni, e definisce specifici obblighi di trasparenza per tutti questi soggetti che ricevono erogazioni liberali.

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

L'Autorità ha ricevuto diverse segnalazioni sull'asserita mancanza di trasparenza delle erogazioni liberali in natura e in denaro, nell'ambito delle raccolte fondi per l'emergenza COVID-19 e, pertanto la stessa⁴¹, per facilitare le amministrazioni nell'attuazione dell'obbligo di pubblicazione introdotto e garantire la conoscibilità delle erogazioni a tutti gli interessati secondo uno schema uniforme che consenta anche la comparazione dei dati essenziali, ha elaborato congiuntamente con il MEF un modello con cui rendicontare le erogazioni liberali ricevute. Il modello, allegato al presente comunicato, è disponibile sul sito istituzionale dell'Autorità.

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

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

⁴⁰ Art. 99 "Erogazioni liberali a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID-19" del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, recante "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19", convertito con legge 24 aprile 2020, n. 27.

⁴¹ Comunicato ANAC del 29/07/2020

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

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

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

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

ANAC⁴², facendo seguito alle richieste di chiarimenti pervenute in merito alla corretta compilazione del Modello fornito, ha fornito le seguenti precisazioni in merito alla compilazione del rendiconto:

- a) nella sezione “Uscite” del rendiconto vanno indicati gli estremi delle fatture di acquisto di beni e servizi. Per ogni acquisto è precisata la data, il numero della fattura con causale dell’acquisto e l’importo della stessa;
- b) nella sezione “Entrate” l’amministrazione/ente può valutare se indicare il provvisorio di entrata oppure quello del relativo ordinativo d’incasso concernente l’importo donato;
- c) a tutela della riservatezza del donante, le donazioni non debbono contenere dati personali riconducibili allo stesso. A tal riguardo è sufficiente, a fini di trasparenza, che alle donazioni sia associato solo un numero o un codice identificativo;
- d) il modello va redatto in formato di dati di tipo aperto (allegato n. 22).

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

Figura 23 Report sul monitoraggio erogazioni liberali contrasto emergenza COVID.

Dati aggregati relativi all’attività amministrativa.

L’art. 43 del d.lgs. 97/2016 ha abrogato l’intero art. 24 del d.lgs. 33/2013 che si riferiva alla pubblicazione sia dei dati aggregati sull’attività amministrativa sia dei risultati del monitoraggio

⁴² Comunicato ANAC del 07/10/2020

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

periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali effettuato ai sensi dell'art. 1, co. 28, della l. 190/2012. Pur rilevandosi un difetto di coordinamento con la l. 190/2012, precisa ANAC che il monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali, in virtù dell'art. 1, comma 28, della l. 190/2012, costituisce, comunque, misura necessaria di prevenzione della corruzione⁴³.

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

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

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

Figura 24 Report sul monitoraggio dell'attività amministrativa.

Utilizzo dei dati del sito web aziendale

Il sito web istituzionale dell'Azienda UsI Umbria 2 è aggiornato quotidianamente e in tempo reale, sia in riferimento all'organizzazione in progress dell'Azienda, sia nella parte informativa delle News, sia nella Guida dei Servizi. Particolare attenzione viene prestata alle pubblicazioni, anch'esse svolte in tempo reale, delle sezioni previste dalle normative, da "Amministrazione Trasparente" (D.Lgs 33/2013 e ss.mm.ii.), ai Bilanci, dai Tempi di Attesa ai Servizi di e-government Attivi, ai bandi ed agli avvisi, solo per citarne alcuni. Il sito web è a disposizione delle macro strutture aziendali e, in particolare, dei Dipartimenti aziendali, sia per eventuali ipotesi di sviluppo dei link ad essi dedicati, sia per l'ausilio alla creazione di siti internet autonomi dei Dipartimenti, da linkare nel sito aziendale.

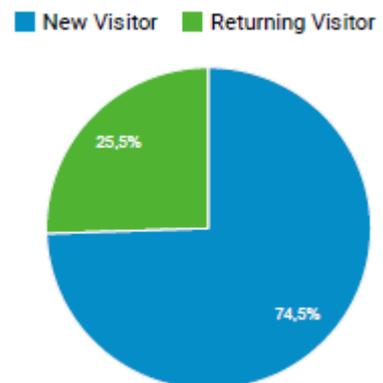


Figura 25 Griglia

⁴³ delibera ANAC n. 1310 «Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016»

Ogni inserimento effettuato contiene a piè pagina la data dell'ultimo aggiornamento effettuato alla pagina stessa.

Dall'applicativo software Google Analytics è stato possibile monitorare il flusso dei visitatori con il periodo e durata della visita delle varie pagine per le diverse sezioni del sito web aziendale.

| | anno 2018 | Anno 2019 | Anno 2020 | Anno 2021 |
|---------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Visualizzazioni di pagina | 1.692.538 | 1.771.307 | 3.354.851 | 7.135.914 |
| Sessioni | 642.201 | 651.183 | 1.359.532 | 3.165.829 |
| Utenti | 238.768 | 234.561 | 517.132 | 1.180.296 |
| Pagine/sessione | 2,54 | 2,72 | 2,47 | 2,25 |
| Durata sessione media | 00:02:11 | 00:02:15 | 00:02:25 | 00:02:27 |
| Frequenza di rimbalzo | 42,42% | 43,83% | 51,78% | 55,17% |

Figura 26 Griglia rilevazione accessi al sito web aziendale.

Verifiche dei RUP e dei DEC

L'analisi dello svolgimento delle procedure di evidenza pubblica attivate ai sensi del "codice degli appalti" ha mostrato che, sovente, un fornitore riesce ad aggiudicarsi una gara perché fornisce un servizio o una prestazione aggiuntiva che opportunamente valutata, gli attribuisce un maggior punteggio.

È necessario quindi che coloro i quali sono tenuti al controllo della corretta esecuzione del contratto, conoscano bene i capitolati e le offerte degli operatori economici che si sono aggiudicati la gara. Pertanto, unitamente alla loro nomina in qualità di DEC, dovranno ricevere il capitolato, il contratto e l'offerta del vincitore della gara che dovranno andare a controllare ed a rendicontare, dando, se del caso, il nulla osta alla liquidazione di quanto dovuto per il contratto correttamente eseguito.

Centrale Regionale per gli Acquisti in Sanità (CRAS).

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

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

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

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

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

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

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

Figura 27 Griglia da redigere per pubblicazione alienazione immobili portale web aziendale.

Uso improprio di auto di servizio

Facendo riferimento alla recente delibera ANAC 747/2021 ed alle azioni ivi previste a carico delle Aziende, si fa qui espresso riferimento alla delibera del Direttore Generale n. 900 del 17/09/2015 avente ad oggetto "Adozione regolamento Servizio Autoparco AUSL UMBRIA N. 2". Tale regolamento

detta stringenti norme e misure specifiche per presidiare eventuali usi impropri delle auto di servizio. Si fa in particolare riferimento al Capo III “Disciplina di utilizzo degli automezzi”⁴⁴.

Relazione annuale del RPC e del RT.

Entro il 15 dicembre di ogni anno, o alla diversa scadenza fissata da ANAC⁴⁵, il RPC trasmette al O.I.V. ed al Direttore Generale una relazione recante i risultati dell'attività svolta e la pubblica nel sito web dell'amministrazione.

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

La relazione relativa all'anno 2021 è stata redatta nel rispetto delle indicazioni/format forniti da ANAC, pubblicata entro il 31/01/2022 ed inserita nel presente Piano nell'allegato 2⁴⁶.

Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro⁴⁷

⁴⁴ Art. 8 “Gli addetti del Servizio Autoparco e i Responsabili dei Servizi periferici assegnatari di automezzi dovranno impartire le necessarie disposizioni affinché:

- gli autoveicoli siano usati correttamente in modo da garantire la validità, l'efficacia e l'applicabilità delle condizioni assicurative;
- gli autoveicoli non siano adibiti a trasporto di persone e/o merci eccedenti le quantità previste dal libretto di circolazione e di quelle di “Uso e Manutenzione”;
- lo strumento contachilometri non sia manomesso e/o danneggiato;
- gli autoveicoli siano sempre condotti con la diligenza del “buon padre di famiglia”;
- gli autoveicoli siano condotti seguendo scrupolosamente le norme del Codice della Strada ed assumendosi qualsiasi conseguenza per eventuali infrazioni alle disposizioni dello stesso (in caso di infrazioni vedasi disposizione art. 23);
- gli autoveicoli devono essere sempre condotti da persone autorizzate dal Servizio e abilitate alla guida come previsto dalle norme vigenti;
- gli autoveicoli non devono essere utilizzati per trasporto di persone dietro compenso, per competizioni di qualsiasi natura, per trainare o spingere altro autoveicolo;
- il conducente provvede tempestivamente alla denuncia di qualsiasi sinistro eventualmente accaduto all'autoveicolo con specifica comunicazione al Servizio Autoparco così come previsto al successivo articolo 17;
- gli autoveicoli devono essere custoditi garantendo la migliore conservazione e manutenzione degli stessi.

⁴⁵ Per la relazione anno 2019 la scadenza è fissata al 31/01/2020.

⁴⁶ Piano Nazionale Anticorruzione P.N.A. Legge 6 novembre 2012 n. 190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione” §3.1.1 I Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione - P.T.P.C

⁴⁷ Comunicato del Presidente ANAC del 30 ottobre 2019

Poteri dell'Autorità in materia di accertamento e sanzione delle fattispecie di pantouflage di cui all'art. 53, comma 16-ter, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165

Il Consiglio di Stato, definitivamente pronunciandosi con sentenza 7411 del 29 ottobre 2019, ha stabilito la competenza dell'Autorità Nazionale Anticorruzione in merito alla vigilanza e all'accertamento delle fattispecie di pantouflage previste dall'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. n. 165/2001.

Il Consiglio di Stato ha inoltre stabilito che spettano all'Autorità Nazionale Anticorruzione i previsti poteri sanzionatori. Il nesso finalistico fra la norma assistita dalla sanzione amministrativa e le funzioni attribuite all'Autorità individuano nell'Anac il soggetto che ha il compito di assicurare, all'esito dell'accertamento di una situazione di pantouflage, la nullità dei contratti sottoscritti dalle parti nonché l'adozione delle conseguenti misure sanzionatorie.

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

Si tratta dell'impossibilità per i dipendenti⁴⁸ che abbiano cessato il rapporto lavorativo e che abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda di svolgere, nei tre anni successivi a tale cessazione, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'Azienda⁴⁹.

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

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

- all'atto di assunzione del personale nel relativo contratto individuale di lavoro dovrà essere inserita la seguente clausola "ove negli ultimi tre anni di servizio, il dipendente eserciti poteri autoritativi o negoziali è fatto divieto allo stesso, per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, di svolgere attività lavorativa di tipo subordinato od autonomo presso soggetti privati destinatari dell'attività svolta attraverso i suddetti poteri⁵⁰;
- previsione nella determina dirigenziale che formalizza la cessazione del rapporto di lavoro di dipendenti della seguente clausola: "Qualora il dipendente negli ultimi tre anni di servizio, abbia esercitato poteri autoritativi o negoziali, allo stesso è fatto divieto, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, di svolgere attività lavorativa di tipo subordinato od autonomo presso i soggetti privati destinatari dell'attività svolta attraverso i suddetti poteri⁵¹";
- i contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dall' art. 53 c. 16 D.Lgs. 165/2001 sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti. Pertanto si

L'Autorità intende provvedere ad adeguare il proprio Regolamento del 29 marzo 2017 (Regolamento sull'esercizio dell'attività di vigilanza in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi nonché sul rispetto delle regole di comportamento dei pubblici funzionari) all'orientamento espresso dal Supremo Consesso.

⁴⁸ D.Lgs 39/2013 Art. 21

⁴⁹ Vedi §9 del PNA 2018.

⁵⁰ D.Lgs. 165/2001 art. 53 comma 16 ter

⁵¹ D.Lgs. 165/2001 art. 53 comma 16 ter

stabilisce di prevedere nei bandi di gara o negli atti preliminari all'affidamento, anche mediante procedura negoziata, della sussistenza della condizione soggettiva (da certificare con apposita dichiarazione sostitutiva) di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda per il triennio successivo alla cessazione del rapporto con specifica, nel caso di violazione, dell'esclusione dalla procedura di affidamento, ferme restando le altre conseguenze previste dalle specifiche disposizioni normative.

- consegna al dipendente di una scheda informativa con acquisizione della sottoscrizione, secondo il modello riportato in allegato 5 a cura del servizio amministrazione del personale.

Patto integrità.

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

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

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

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

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

Tali patti sono istituzionalizzati per l'Azienda USL Umbria n. 2 nei modelli fac-simile redatti per far fronte a diverse fattispecie:

- Patto di integrità da inserire nella documentazione di gara che verrà predisposta per le procedure di affidamento di lavori, beni, servizi e forniture (allegato 11),
- Patto di integrità da sottoscrivere contestualmente ai contratti e agli accordi/convenzioni con i fornitori (allegato 12).

Dichiarazione pubblica di interessi – Doni ricevuti.

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

Dichiarazione pubblica di interessi da parte dei professionisti del servizio sanitario.

In coerenza con gli obblighi previsti dal codice di comportamento di cui al D.P.R. 62/2013, e dal PNA Aggiornamento 2015 al PNA (§2.2.3), è opportuno che i professionisti di area sanitaria e amministrativa rendano conoscibili, attraverso apposite dichiarazioni, le relazioni e/o interessi che li possano coinvolgere nell'espletamento di attività inerenti alla funzione che

implichino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.

I professionisti tenuti alla compilazione della dichiarazione sono quelli appartenenti all'area sanitaria ed amministrativa riconducibili all'ambito dei soggetti tenuti all'applicazione della normativa in materia di trasparenza e della prevenzione della corruzione⁵² e sui quali grava la responsabilità nella gestione delle risorse. Per l'Azienda USL Umbria n.2 vengono individuati coloro i quali hanno la responsabilità nella gestione delle risorse indipendentemente dall'incarico ricoperto (ad esempio un dipendente che pur non essendo responsabile di struttura incide sull'acquisto di un prodotto)⁵³.

Al fine di renderne agevole l'adempimento di tali prescrizioni l'AGENAS ha realizzato un applicativo sul proprio sito web⁵⁴ per la compilazione on line della Dichiarazione pubblica di interessi da parte di tutti i professionisti del servizio sanitario interessati, in attuazione della misura specifica prevista nel PNA – sezione sanità. L'obiettivo di AGENAS è stato quello di creare strumenti omogenei per diffondere una buona pratica aziendale, velocizzando lo scambio di informazioni e mirando in questo modo a tutelare l'operato del singolo professionista e dell'organizzazione di cui fa parte, anche attraverso la dichiarazione trasparente della rete di relazioni in cui si svolge la propria attività.

Con il precedente PTPCT si sono adottati i modelli AGENAS che sono diventati parte integrante del P.T.P.C.T.

L'Azienda USL Umbria n.2 ha aderito alla iniziativa di AGENAS ed avviato le procedure per consentire l'utilizzo del sistema web per tutta la modulistica.

Dal 01 gennaio 2021 però, la compilazione delle dichiarazioni è sospesa. AGENAS infatti avvisa che l'applicativo per la compilazione della dichiarazione pubblica di interessi da parte dei professionisti del servizio sanitario è accessibile per la sola consultazione delle dichiarazioni inserite nelle annualità precedenti.

Canali di ascolto.

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

Un canale che può fornire importanti elementi per comprendere, valutare e valorizzare l'ascolto dei cittadini può essere rappresentato dai reclami e dagli elogi che gli stessi possono rivolgere all'Azienda. Il Servizio Formazione, Comunicazione e Relazioni Esterne è la struttura competente alla ricezione delle segnalazioni. Detto Servizio avrà cura di trasmettere entro il 30

⁵² Cfr PNA aggiornamento 2015 parte speciale parte II Sanità

⁵³ Sono stati comunicati ad AGENAS per l'inserimento nel portale pna-sanita@agenas.it i nominativi dei dipendenti (che sono stati aggiornati e formati in merito) che hanno la gestione del budget della propria struttura.

⁵⁴ pna-sanita@agenas.it

novembre di ogni anno l'elenco dei reclami/elogi inserendo i dati come descritto nella seguente griglia di rilevazione:

| Data | Oggetto | Ulteriori considerazioni |
|------|---------|--------------------------|
| | | |

Figura 28 Griglia report reclami/elogi

Enti controllati.

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

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

Hanno costituito partecipazioni in aziende controllate fino alla data del 31/12/2021:

➤ Partecipazione dirette

| Nome partecipata | codice fiscale partecipata | quota di partecipazione |
|-----------------------|----------------------------|-------------------------|
| Umbria Digitale scarl | 03761180961 | 0,000784% |
| Umbria Salute scarl | 02915750547 | 20% |

➤ Partecipazioni indirette detenute tramite Umbria Salute scarl:

| Nome partecipata | codice fiscale partecipata | quota di partecipazione |
|-----------------------|----------------------------|-------------------------|
| Umbria Digitale scarl | 03761180961 | 0,000470% |



Figura 29 Schema imprese controllate.

Dal 01/01/2022, con atto a rogito del Notaio Francesco Ansidei di Catrano in data 14.12.2021 (Repertorio n. 5757 Raccolta n. 3794) avente effetto giuridico dal 01.01.2022, è stato stipulato l'Atto di Fusione per incorporazione di:

Umbria Digitale S.c.ar.l., con sede in Perugia, Via Pontani n. 39, CF/PIVA e Reg. Imprese n. 03761180961

in **Umbria Salute e Servizi S.c.ar.l.**, con sede in Perugia, Via E. Dal Pozzo snc, CF/PIVA e Reg. Imprese n. 02915750547

in attuazione della L.R. n. 13/2021 *“Disposizioni per la fusione per incorporazione di società regionali. Nuova denominazione della società incorporante: “PuntoZero S.c.ar.l.”.*

L'efficacia della suddetta fusione decorre dal 1° Gennaio 2022 e pertanto da tale data Umbria Salute e Servizi Scarl – che contestualmente assumerà la denominazione di “Punto Zero S.c.ar.l.” – subentra senza soluzione di continuità ed a pieno titolo, ai sensi degli artt. 2504 e seguenti c.c., in tutto il patrimonio attivo e passivo, nonché in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi i rapporti di lavoro, azioni, diritti, licenze, autorizzazioni così come in tutti gli obblighi ed impegni di qualsiasi natura della Società incorporata.

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

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

Funzioni attribuite e attività svolte in favore dell'Az. USL Umbria 1: Precedenti funzioni attribuite e svolte da Umbria Salute e Servizi e Umbria Digitale S.c.a r.l.

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

Durata dell'impegno: 31 dicembre 2050

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

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

Telefono: 075/54291

Sito Web: www.puntozeroscarl.it

PEC: puntozeroscarl@pec.it

Partecipazione a corsi/convegni/seminari.

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

Per tali fattispecie si stabiliscono le seguenti regole e limitazioni:

- La proposta deve pervenire con congruo anticipo direttamente alla direzione aziendale. Nella proposta lo sponsor non deve indicare il dipendente che intende invitare. Tale decisione è lasciata alla direzione aziendale. La proposta contenente già il nome del dipendente che si intende invitare, verrà restituita al mittente con la indicazione che l'Azienda USL Umbria n.2 accetta inviti a corsi convegni e seminari per i propri dipendenti a fronte di offerta generica, mai nominativa.
- La proposta correttamente pervenuta:
 - viene indirizzata dalla Direzione al responsabile della macro struttura competente,
 - il responsabile di struttura individua il dipendente da inviare al corso/convegno, ed esprime il proprio parere alla Direzione Aziendale che decide circa l'autorizzazione alla partecipazione;
 - se la partecipazione è autorizzata ne viene data comunicazione, per il seguito di competenza, a:
 - Servizio Personale,
 - Servizio Formazione,
 - Responsabile Prevenzione Corruzione.
- Il dipendente dovrà accedere al portale pna-sanita@agenas.it e compilare la dichiarazione pubblica di interessi dei professionisti secondo il modello predisposto da AGENAS. Tale dichiarazione costituirà parte integrante del procedimento di autorizzazione. Pur rimanendo la presente prescrizione all'interno del PTPCT, la stessa non sarà più richiesta fino alla riattivazione del portale AGENAS.
- Lo sponsor può assicurare la copertura finanziaria, delle spese e degli oneri di cui sopra, solo per operatori qualificati nel settore inerente l'attività formativa.
- L'ospitalità assicurata al dipendente dallo sponsor non può eccedere il periodo di tempo compreso tra le dodici ore precedenti l'inizio dell'attività formativa e le dodici ore successive alla sua conclusione, né presentare caratteristiche tali da prevalere sulle finalità tecnico-scientifiche dell'iniziativa.
- Lo sponsor non può assumere gli oneri per spese di viaggio od ospitalità di eventuali accompagnatori. Nessun servizio offerto (pasti, camera, trasferimenti...) può quindi essere condiviso.
- Nell'arco dell'anno solare, non farà parte di commissioni di aggiudicazione di forniture chi ha partecipato a corsi/convegni/seminari cui concorre la ditta che ha sostenuto spese per la partecipazione.
- la realizzazione di verifiche in ordine all'incidenza della partecipazione ad eventi o iniziative sponsorizzate e le prescrizioni da parte dei sanitari dei prodotti venduti dagli sponsor medesimi

Le comunicazioni effettuate nel portale di AGENAS sono raccolte sistematicamente e serviranno a porre in essere dei controlli incrociati a campione o mirati se ne ricorrano le condizioni, per verificare la completezza e correttezza delle autorizzazioni rilasciate (e quindi a verificare che non vi siano casi di partecipazione ad eventi non autorizzate o altre anomalie).

Regolamento sponsor.

Con delibera del Direttore Generale n.752/2014⁵⁵ e n.241/2015⁵⁶ si è provveduto a normare aziendalmente lo sviluppo di iniziative per la stipula di contratti di sponsorizzazione. Tale delibera si prefigge lo scopo di indicare gli atti e le condizioni necessarie per assicurare all’Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2 una corretta gestione dei contratti di sponsorizzazione nel rispetto delle norme vigenti, nonché di criteri di efficienza, efficacia e trasparenza.

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

Nel corso del 2019 si è costituito un gruppo di lavoro composto dai rappresentanti delle diverse Aziende Sanitarie Umbre ospedaliere e territoriali e da altri enti del SSN che, fra l’altro, si è occupato delle tematiche relative alle sponsorizzazioni. Il gruppo ha elaborato una proposta di regolamento da utilizzare nelle Aziende per aggiornare i rispettivi regolamenti in materia, dando uniformità metodologiche ed organizzative. Il lavoro ha tenuto in particolare considerazione la disciplina certa e trasparente delle attività in materia di sponsorizzazioni.

“Orari di disponibilità” dell’U.P.D.

Gli UU.PP.DD. Aziendali danno disponibilità, a richiesta, per ascoltare ed indirizzare i dipendenti dell’amministrazione su situazioni o comportamenti, al fine di prevenire la commissione di fatti corruttivi e di illeciti disciplinari⁵⁷

Diffusione della conoscenza di buone prassi e buoni esempi.

L’Azienda USL Umbria n.2 favorisce la diffusione della conoscenza di buone prassi e buoni esempi al fine di rafforzare il senso di fiducia nei confronti dell’Azienda. È compito dei dirigenti segnalare comportamenti virtuosi, buone prassi e buoni esempi relazionando e dettagliando le

⁵⁵ Delibera del D.G. n. 752 del 16/09/2014 avente ad oggetto “Regolamento aziendale per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni. Approvazione”

⁵⁶ Delibera del D.G. n. 241 del 19/03/2015 avente ad oggetto "Regolamento per le attività di formazione"

⁵⁷ art. 15, comma 3, D.P.R. n. 62 del 2013.

situazioni meritevoli di particolare attenzione alla Direzione Aziendale. Di tali prassi verrà data idonea ed opportuna evidenza all'interno del portale web aziendale. Inoltre è stato predisposto ed è disponibile sullo stesso portale, nella sezione modulistica amministrativa, un apposito modulo da compilare da parte degli utenti con possibilità di rappresentare e segnalare situazioni degne di elogio.

Adozione del Piano Attuativo Aziendale per il contenimento delle liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale.

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



2019
SETTIMANA AMMINISTRAZIONE APERTA

LISTE D'ATTESA

- Approvato a febbraio 2019 il nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA); le Regioni hanno 2 mesi di tempo per recepirlo con un Piano regionale
- Stanziate 350 milioni di euro in tre anni (2019-2021) nella Legge di bilancio 2019 per ridurre le liste di attesa e garantire più efficienza, responsabilità, trasparenza, facilità e semplicità
- Se per una prestazione specialistica (prime prestazioni in classe di priorità) verrà superato il tempo massimo di attesa previsto per legge, il paziente residente potrà recarsi, secondo una specifica procedura, in una struttura privata convenzionata senza costi aggiuntivi
- Con il CUP on-line i pazienti potranno consultare in tempo reale l'attesa relativa a visite ed esami erogati in regime istituzionale o in libera professione nonché prenotare e modificare gli appuntamenti già presi
- I controlli saranno prescritti dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al medico di famiglia o al pediatra di libera scelta; le Aziende devono prevedere idonee modalità per consentire la prenotazione da parte del medico specialista
- Sarà obbligatorio indicare nelle prescrizioni le classi di priorità previste dal nuovo Piano; per la Classe P (prestazione Programmabile) previsto, dal 1 gennaio 2020, un tempo massimo di attesa di 120 giorni
- Nelle strutture che non rispetteranno i tempi di attesa individuati dalla Regione si potrà attuare il blocco dell'attività libero professionale intramuraria
- I Direttori Generali potranno essere rimossi se non rispetteranno i tempi massimi di attesa stabiliti per legge
- La Regione vigila sul rispetto del divieto di sospendere l'attività di prenotazione (liste bloccate, agende chiuse)
- Il paziente può richiedere alla Direzione sanitaria o alla Direzione medica ospedaliera di prendere visione della sua posizione nella Agenda dei ricoveri



#SAA2019
#OPENGOV
#OPENSALUTE

Sulla tematica si sono succedute negli ultimi anni una serie di norme allo scopo di contenere i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e per i ricoveri ospedalieri. Da ultimo è intervenuto l'accordo della Conferenza dello Stato e delle Regioni e Province autonome del 22 febbraio 2019, che sancisce l'intesa per il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021. Successivamente la Regione Umbria con propria D.G.R. 610/2019 ha adottato il proprio Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-

2021 e recepito il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021.

Come previsto dalle citate norme, l'Azienda USL Umbria n.2 con Delibera del Commissario Straordinario n. 502 del 30/06/2019 ha adottato il "Programma attuativo

aziendale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021” che ha recepito il PNGLA ed il PRGLA.

L’Azienda provvede alla pubblicazione ed aggiornamento della apposita sezione “*Liste d’attesa*” della pagina di “*Amministrazione Trasparente*”.

L’imprevisto evento pandemico ha profondamente mutato l’assetto delle liste d’attesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale per più ordini di motivi.

Da evidenziare è il fatto che a molte delle prestazioni già prenotate non è seguita la prestazione in quanto alcune strutture sono state costrette ad interrompere l’afflusso di pazienti sia per il diffondersi del COVID fra i professionisti sanitari, sia, in altri casi, per mantenere il necessario distanziamento sociale. Significativo è il caso del Presidio Ospedaliero di Spoleto che è stato trasformato in ospedale COVID. E’ stato quindi necessario riprogrammare gli appuntamenti nel tempo più breve possibile. Contestualmente, la chiusura degli ambulatori ha portato alla impossibilità di prenotarsi per i pazienti che in quel lasso di tempo hanno comunque mostrato necessità di prestazione specialistica, aumentando quindi la domanda di prestazioni in un momento di decremento dell’offerta.

Obiettivi del Piano Sanitario Regionale: individuazione ulteriori misure specifiche.

Le misure qui adottate sono riportate per i servizi competenti, all’interno della mappatura dei processi.

Responsabile di progetto.

L’attuazione dei contenuti del Piano Sanitario Regionale e la necessità di dare attuazione alle progettualità del PNRR necessitano di definire modalità organizzative idonee ai cambiamenti da introdurre. Risulta pertanto necessario dotarsi di una “gestione dedicata” con l’individuazione di:

- un responsabile di progetto con il compito di rispettare tempi, costi e risultati;
- un team di supporto al Responsabile di progetto che dovrà gestire la pianificazione e programmazione delle attività di progetto e dei suoi rischi e la comunicazione dello stesso. Tale team sarà di supporto anche ai singoli gruppi di lavoro;
- più gruppi di lavoro, in funzione della tipologia e contenuto della progettualità da sviluppare, con il compito di realizzare i cambiamenti necessari per tradurre il progetto in risultati.

Il rischio che emerge è quello del possibile conflitto di interesse, mitigato dall’accertamento preliminare, da effettuare per tutti i partecipanti, dell’assenza di conflitto di interesse dei partecipanti al progetto, con riferimento alle attività progettuali, mediante acquisizione di specifica dichiarazione di assenza di conflitto di interesse secondo la modulistica adottata (Allegato 15).

Abbattimento dei tempi di degenza e rimodulazione dell’offerta ospedaliera.

Dalla previsione del PSR di abbattimento dei tempi di degenza, quando e se necessaria, e rimodulazione dell’offerta ospedaliera, deriva la necessità di rivedere le funzioni ed i compiti dell’ospedale, da caratterizzare come luogo di elezione per la cura della acuzie, anziché come

luogo inappropriato alla gestione della cronicità, in grado di rispondere a necessità di gestione di quadri clinici complessi e/o di interventi chirurgici di alta specializzazione, di alta complessità e richiedenti approcci multidisciplinari.

Il rischio qui rilevato è rappresentato dalla:

- inappropriatazza dei ricoveri e ingiustificato prolungamento dei tempi di degenza. Si adotta quindi la misura di prevenzione effettuando il monitoraggio dell'appropriatezza dei ricoveri e dei tempi di degenza da parte della DMO
- carente trasparenza e imparzialità nella gestione delle liste e della riduzione dei tempi di attesa e delle varie discipline regolamentari. Si adotta quindi la misura di prevenzione della predisposizione di uno specifico Regolamento da parte della DMO che detti regole stringenti e che preveda l'attivazione di canali prioritari per la presa in carico dei pazienti solo nei casi espressamente previsti.

Assistenza domiciliare.

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

Nell'analisi di tale assetto emergono i seguenti rischi:

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

Riorganizzazione del Pronto Soccorso.

Nel tempo si è determinata, da un lato la prolungata permanenza dei pazienti in pronto soccorso e dall'altro la necessità di una maggiore appropriatezza dei ricoveri attraverso un

migliore inquadramento diagnostico terapeutico, frutto dell'utilizzo di nuove tecnologie sia in ambito radiologico, che laboratoristico; tutto ciò al fine di ottimizzare e rendere congruo l'utilizzo dei posti letto in rapporto alle necessità assistenziali del paziente. Questo richiede una ridefinizione dei compiti del P.S. in grado di gestire in modo efficace, efficiente e in tempi brevi patologie acute senza ricorrere a ricoveri. I rischi individuati sono rappresentati:

- dalla inappropriatazza dei ricoveri e nei tempi di attesa troppo lunghi. Conseguentemente le DMO dovranno monitorare l'appropriatezza dei ricoveri provenienti da PS dando evidenza delle criticità e degli eventuali correttivi apportati.
- dalle assenze dal lavoro e criticità nei turni. Occorrerà quindi garantire il rispetto dei turni di lavoro programmati, salvo giusta causa adeguatamente motivata nonché il rispetto dei Regolamenti aziendali in materia di orario di lavoro ed andrà elaborato un report trimestrale sui tassi di presenza/assenza del personale, con evidenza di eventuali criticità e delle misure correttive attuate

Prevenzione della promozione della salute.

Il PSR prevede la prevenzione della promozione della salute, intesa come indispensabilità di una programmazione sanitaria basata su una rete coordinata ed integrata delle diverse strutture ed attività presenti sul territorio, al fine di disporre di sistemi flessibili in grado di rispondere con tempestività ai bisogni della popolazione, sia in caso di emergenze infettive, sia per garantire interventi di prevenzione, che per affrontare le sfide della promozione della salute, della diagnosi precoce e presa in carico integrata della cronicità. Emerge il rischio di inappropriatazza prescrittiva. Pertanto andrà implementato da parte del Servizio Formazione, il Piano di Formazione destinato a MMG, specialisti ambulatoriali, dirigenti medici prevedendo almeno un evento formativo nel 2022.

Individuazione di misure di carattere trasversale.

Tra le misure di carattere trasversale l'Azienda USL Umbria n.2 adotta le seguenti:

Trasparenza.

Già con la L. 190/2012 la trasparenza rappresenta uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione e per l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa. Da questo punto di vista essa, infatti, consente:

- la conoscenza del responsabile per ciascun procedimento amministrativo e, più in generale, per ciascuna area di attività dell'amministrazione e, per tal via, la responsabilizzazione dei funzionari;
- la conoscenza dei presupposti per l'avvio e lo svolgimento del procedimento e, per tal via, se ci sono dei "blocchi" anomali del procedimento stesso;
- la conoscenza del modo in cui le risorse pubbliche sono impiegate e, per tal via, se l'utilizzo di risorse pubbliche è deviato verso finalità improprie;

Il novellato art. 10 del D.Lgs. 33/2013 prevede al comma 1 l'individuazione all'interno di apposita sezione del Piano, dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati di cui al decreto stesso. Per tale effettiva attuazione degli obblighi di trasparenza, il presente P.T.P.C.T. contiene le soluzioni organizzative ritenute

idonee ad assicurare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione e la chiara identificazione dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati e dei documenti.

Nel presente P.T.P.C.T. la trasparenza non è quindi considerata come fine, ma come strumento per avere una amministrazione che opera in maniera eticamente corretta e che persegue obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità dell'azione.

Inoltre, con il presente Piano l'Azienda USL Umbria n. 2 ha previsto, oltre gli obblighi dettati dal D.Lgs 33/2013 con le modifiche introdotte dal D.Lgs. 97/2016, la pubblicazione di altra documentazione come misura ulteriore di prevenzione della corruzione.

Tali documenti sono riportati nella sezione terza del presente Piano:

- Prevenzione della corruzione
- Accesso civico
- Altri contenuti - Modulistica
- Altri contenuti - Per i dipendenti
- Dati ulteriori
- Delibere accettazione donazioni
- Riepilogo accettazione donazioni
- Costi unitari dei dispositivi medici
- Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati
- Autovetture in dotazione
- Relazioni consuntive sugli eventi avversi

L'Azienda USL Umbria n.2 nell'adempimento degli obblighi di pubblicazione adotta⁵⁸ criteri di:

- facile accessibilità;
- completezza;
- semplicità di consultazione.

Individuazione percorsi per adempimento obblighi trasparenza.

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

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

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

- Il responsabile della articolazione aziendale estrae, nei tempi individuati nel presente P.T.P.C.T., i dati richiesti dalla norma garantendone la qualità, l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti

⁵⁸ art. 1, comma 15, l. n. 190/2012

originali in possesso dell'amministrazione, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità⁵⁹.

- Lo stesso responsabile trasmette al Servizio Comunicazione e Relazioni Esterne il dato da pubblicare con indicazione della pagina del portale web aziendale nel quale posizionare i dati e le informazioni trasmesse.
- Il funzionario individuato dal Servizio Comunicazione e Relazioni Esterne pubblica tempestivamente i dati ricevuti.
- Il responsabile della articolazione aziendale che ha trasmesso i dati e le informazioni si accerta e verifica l'avvenuta corretta pubblicazione.

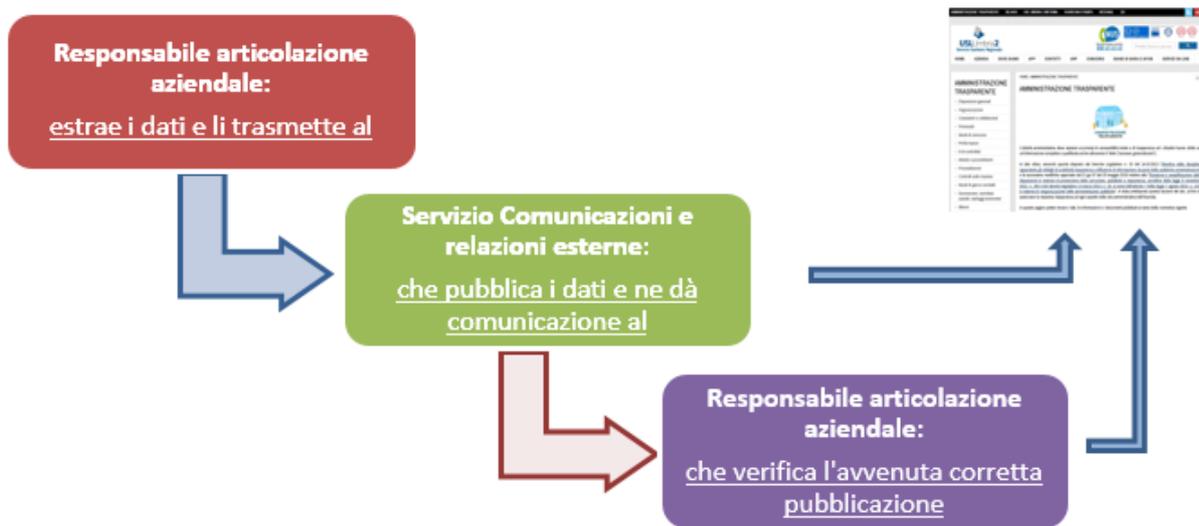


Figura 30 Flusso adempimenti trasparenza

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

Nuove disposizioni normative hanno aggiornato il regime della tutela del trattamento dei dati personali nel corso del 2018. Il 25 maggio 2018 è diventato pienamente applicabile il Regolamento (UE) 2016/679⁶⁰ (Regolamento generale sulla protezione dei dati GDPR) ed il 19 settembre 2018, ha assunto efficacia il decreto legislativo⁶¹ di adeguamento del Codice privacy al Regolamento europeo.

Il regime normativo per il trattamento di dati personali da parte dei soggetti pubblici è, quindi, rimasto sostanzialmente inalterato essendo confermato il principio che esso è

⁵⁹ D.lgs 33/2013 e ssmmii art. 7.

⁶⁰ REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)

⁶¹ D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101 che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali - decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679

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

Giova rammentare, tuttavia, che l'attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza; minimizzazione dei dati; esattezza; limitazione della conservazione; integrità e riservatezza tenendo anche conto del principio di "responsabilizzazione" del titolare del trattamento. In particolare, assumono rilievo i principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati («minimizzazione dei dati») (par. 1, lett. c) e quelli di esattezza e aggiornamento dei dati, con il conseguente dovere di adottare tutte le misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati (par. 1, lett. d).

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

Rapporti fra RPC, RT e RPD

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

Qualità del dato.

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

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

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

Le linee Guida ANAC⁶², forniscono indicazioni operative, di carattere generale, riguardo alle modalità di pubblicazione, ai fini di un miglioramento della "qualità" e della "semplicità" di consultazione dei dati, documenti ed informazioni da pubblicare nella sezione "Amministrazione Trasparente".

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

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

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

Aggiornamento del dato.

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

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

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

⁶² approvate con delibera n. 1310 del 28 dicembre 2016

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Figura 31 Termini di pubblicazione dei dati

Per quanto attiene la durata dell'obbligo di pubblicazione, l'art. 8, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013 dispone che i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente, siano pubblicati per un periodo di cinque anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti. Tuttavia, sono fatti salvi i diversi termini previsti dall'art. 14, c. 2, e dall'art. 15, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013 in relazione ai dati concernenti i componenti degli organi di indirizzo politico e i titolari di incarichi dirigenziali e di collaborazione o consulenza, da pubblicare entro tre mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento e per i tre anni successivi dalla cessazione del mandato o dell'incarico. Alla scadenza del termine di durata dell'obbligo di pubblicazione, i documenti, le informazioni e i dati sono comunque conservati e resi disponibili all'interno di distinte sezioni del sito di archivio, collocate e debitamente segnalate nell'ambito della sezione "Amministrazione trasparente", fatti salvi gli accorgimenti in materia di tutela dei dati personali nonché l'eccezione prevista in relazione ai dati di cui all'art. 14 del d.lgs. n. 33/2013, che, per espressa previsione di legge, non debbono essere riportati nella sezione di archivio.

Formato di pubblicazione del dato.

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

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

Durata dell'obbligo di pubblicazione.

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

Alla scadenza del termine di durata dell'obbligo di pubblicazione di cui sopra, i documenti, le informazioni e i dati sono comunque conservati e resi disponibili all'interno di distinte sezioni del sito di archivio, collocate e debitamente segnalate nell'ambito della sezione

“Amministrazione trasparente”. Inoltre, i documenti possono essere trasferiti all’interno delle sezioni di archivio anche prima della scadenza del termine indicato.

Indicizzazione delle pagine di “Amministrazione Trasparente”

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

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

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

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

Obbligo pubblicazione dati patrimoniali – Sentenza Tar

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

In estrema sintesi, tale interpretazione dell’ANAC è stata giudicata contraria ai principi di proporzionalità, pertinenza, non eccedenza e finalità dei trattamenti dei dati personali, sia per la natura dei dati richiesti che per le modalità di diffusione.

La sentenza chiarisce definitivamente che nell’ambito del Servizio sanitario nazionale solo il Direttore Generale (direttamente alla Regione), il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo sono tenuti a comunicare i dati patrimoniali, mentre tutti gli altri dirigenti – compresi i capi dipartimento e i direttori di struttura complessa – non sono tenuti a tale adempimento.

L’Azienda USL Umbria n. 2 pubblica tali dati nella sezione: “titolari di incarichi dirigenziali di vertice”.

Accesso civico.

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

Il novellato art. 1, comma 1 del D.Lgs. n. 33, ridefinisce la Trasparenza come *“accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all’attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull’utilizzo delle risorse pubbliche”*.

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

Il decreto legislativo n. 97/2016 ha introdotto, all’art. 5, comma 2, una nuova tipologia di accesso, in aggiunta all’accesso civico, già previsto al comma 1, il c.d. “Accesso Civico Generalizzato, ai sensi del quale *“chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione”* . Un diritto di accesso che non è connesso alla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, potendo essere attivato da chiunque, che non richiede alcuna motivazione da parte del richiedente, perché finalizzato a promuovere la partecipazione dei cittadini alla vita amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sull’operato delle istituzioni e che incontra solo i limiti del rispetto degli interessi pubblici e le esclusioni previsti da specifiche norme di legge.

Nel nostro ordinamento sono, pertanto, previsti due tipi di accesso: l’accesso civico disciplinato dall’art. 5, comma 1, del decreto, circoscritto ai soli atti, documenti e informazioni che soggiacciono agli obblighi di pubblicazione su *“Amministrazione Trasparente”*, attivabile in caso di mancata pubblicazione; l’accesso generalizzato, che non è correlato agli obblighi di pubblicazione, ma deve intendersi come espressione della libertà di accedere a dati e documenti riconosciuta a *“chiunque”*, che incontra solo i limiti degli interessi pubblici e/o privati indicati ai commi 1 e 2 dell’art. 5 bis del decreto e delle esclusioni previste da specifiche norme di legge.

Le Linee Guida ANAC recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all’accesso civico, suggeriscono l’adozione, da parte dei soggetti tenuti all’applicazione del decreto trasparenza, di un regolamento interno che fornisca un quadro organico e coordinato dei profili applicativi relativi alle tre tipologie di accesso:

- L’accesso documentale ex lege n. 241/1990 s.m.i.
- L’accesso civico connesso agli obblighi di pubblicazione (D.Lgs. 33/2013 art. 5 comma 2)
- L’accesso civico generalizzato (D.Lgs. 33/2013 art. 5 comma 2)

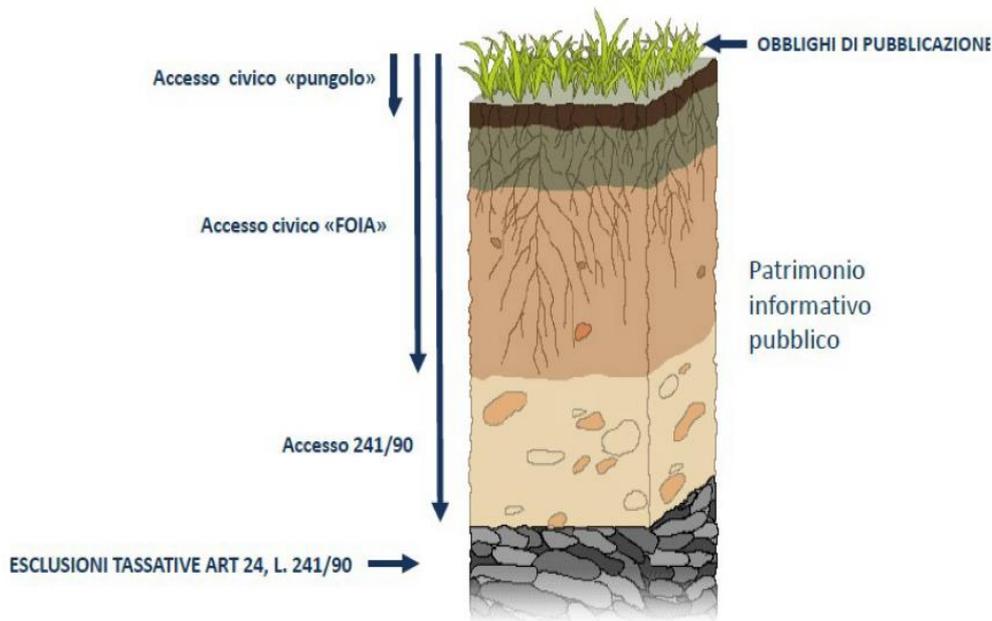


Figura 32 Grado di “profondità” delle diverse tipologie di accesso

L’Azienda USL Umbria n. 2 ha adottato il proprio “Regolamento per l’esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi” con deliberazione del D.G. n. 595 del 20/04/2018 pubblicato nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito web aziendale, sottosezione “altri contenuti – accesso civico”. Allo stesso indirizzo sono stati anche inseriti, per facilitare gli interessati, i modelli in formato editabile per le diverse tipologie di richiesta di accesso.

Registro degli accessi.

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

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

Figura 33 Registro accesso agli atti

Il registro di accesso agli atti della Azienda USL Umbria n.2 contiene tutte le diverse tipologie di accesso:

- civico connesso agli obblighi di pubblicazione (D.Lgs. 33/2013 art. 5 comma 1)
- civico generalizzato (D.Lgs. 33/2013 art. 5 comma 2)

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

Strumenti di comunicazione esterna.

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

Al fine di garantire la diffusione della cultura della trasparenza e dell'integrità l'Azienda USL Umbria n.2 utilizza quali strumenti prevalenti di comunicazione esterna⁶³:

- **L'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO.**
- **LA MEDIAZIONE CULTURALE.**
- **IL SITO WEB.**
- **I SOCIAL NETWORK.**
- **LA CARTA DEI SERVIZI.**
- **LA CONFERENZA DEI SERVIZI.**
- **LA PRESENZA AZIENDALE DURANTE GLI EVENTI SOCIALI E CULTURALI.**
- **LA PRODUZIONE DI BROCHURE E DEPLIANT.**
- **LE PUBBLICAZIONI AZIENDALI.**
- **LA SEGNALETICA.**
- **MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VITA DELLE PERSONE CHE ACCEDONO AI SERVIZI SANITARI GRAZIE AD UN PIÙ ELEVATO COMFORT.**

La mediazione culturale.

La necessità di superare le barriere linguistiche e di assicurare la comprensione dei significati culturali nella rappresentazione della salute, della malattia e dell'attività sanitaria, sono determinanti nell'ambito dell'assistenza complessiva alla persona.

In questo contesto la Mediazione linguistico culturale si presenta come uno strumento operativo a disposizione dei Servizi per affrontare e gestire le difficoltà riscontrate nella comunicazione con l'utente straniero, sostenendo da una parte le competenze dell'operatore e dall'altra agevolando il processo di integrazione dei migranti. La Mediazione linguistico culturale non è semplicemente una prestazione, ma rientra in un processo di condivisione del percorso di aiuto e tutela svolgendo anche un ruolo di promozione della salute nella comunità migrante.

L'obiettivo è quello di tutelare la salute dei cittadini stranieri fornendo una più adeguata risposta ai bisogni, basata su una migliore comprensione delle necessità e su un accesso consapevole ai servizi da parte della popolazione immigrata; ciò risponde ai criteri del miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie.

L'attività di mediazione, che ha avuto inizio il 16 novembre 2015, viene erogata con le seguenti modalità:

- Presenza programmata ad orari fissi con cadenza giornaliera presso le sedi di Terni - Via Bramante, Foligno - Centro di Salute, Orvieto - Centro Salute, Spoleto – Presidio Ospedaliero);
- Presenza su chiamata programmata. Per presenza su chiamata programmata si intende la messa a disposizione di un mediatore di équipe a seguito della richiesta da parte dei servizi, per far fronte a specifiche esigenze.

⁶³ Vedi Delibera del Direttore Generale n. 34 del 18/01/2017 "Piano della Comunicazione integrata 2017. Approvazione."

- Interpretariato telefonico, vale a dire una prestazione di traduzione linguistica (operatore sanitario – mediatore - utente/ mediatore - operatore sanitario) effettuata a mezzo telefono. Il servizio è attivo dalle ore 8.00 alle ore 20,00 compresi i festivi.
- Traduzione di testi scritti, siano essi documenti - a contenuto più o meno complesso - che rivestono carattere di ufficialità, sia lettere, prescrizioni mediche, certificazioni, moduli informativi, brochure ecc

Informatizzazione dei processi.

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

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

Assegnazione corrispondenza.

L'Azienda USL Umbria n. 2, al fine di poter utilizzare uno strumento di controllo, verifica, monitoraggio e trasparenza nella gestione interna di corrispondenza, documenti, assegnazione pratiche, ha adottato un nuovo programma estensione del software di protocollo informatizzato aziendale. Tale modulo di implementazione del precedente sistema informatico, consente di tracciare puntualmente l'iter interno del processo di gestione della corrispondenza, consentendo di verificare, in ogni momento, lo stato della pratica. Tale aggiornamento infatti contiene, fra l'altro, la gestione delle assegnazioni consente di verificare per alcuni servizi anche i flussi di lavoro per singoli uffici/dipendenti.

Posta Elettronica Certificata

La Posta Elettronica Certificata (PEC) è lo strumento che consente di inviare e ricevere messaggi di testo ed allegati con lo stesso valore legale di una raccomandata con avviso di ricevimento. Essa rappresenta un'innovazione capace di generare rilevanti risparmi sul piano economico e di semplificare i rapporti tra privati e la Pubblica Amministrazione.

La diffusione della PEC rientra nel processo di "dematerializzazione" della burocrazia.

L'Azienda USL Umbria n.2 si è dotata di caselle PEC per comunicare con altre amministrazioni, cittadini, imprese e professionisti. L'indirizzo di Posta Elettronica Certificata, pubblicato sul sito istituzionale, al quale far pervenire comunicazioni ufficiali, sempre tramite casella PEC, è il seguente: aslumbria2@postacert.umbria.it. La stessa casella è inserita sul sito Indice PA delle Pubbliche Amministrazioni.

Altri account PEC sono stati creati anche per alcuni RUP e per alcuni Servizi, proprio nella convinzione che tale strumento fornisca migliore gestione dei processi e più ampia certezza di tempi e contenuti.

Servizio di “girofirma”.

L’Azienda USL Umbria n.2 ha introdotto nel più ampio processo di digitalizzazione e dematerializzazione il sistema denominato “girofirma” che consente la sottoscrizione fra più operatori di documenti informatici, tenendone tracciabilità.

Rilevazione presenze.

E’ esistente e già attivo, l’applicativo “*self service del dipendente*”, che è il software che consente l’automazione del controllo sui tabulati di presenza dei dipendenti. Utilizzando tale applicativo, il dirigente/responsabile ha la possibilità di monitorare on line le timbrature dei dipendenti in tempo reale, per verificare tempestivamente eventuali abusi sul tabulato orario. Attraverso tale piattaforma sono gestiti in maniera completamente informatizzata e quindi completamente tracciabile, anche gli inserimenti delle richieste di ferie/permessi/104... e le successive autorizzazioni/dinioghi.

Interfacciamento tra portale web ed altre piattaforme informatiche interne.

Il sistema delibere determina consente di inserire in apposito data base tutte le fattispecie oggetto di pubblicazione, in modo tale da costituire un automatismo consentendo di adempiere ad alcuni degli obblighi previsti dal D.Lgs. 33/2013.

E’ in corso di implementazione l’integrazione fra il sistema di protocollazione con il sistema di conservazione legale che garantisce l’integrità e l’immodificabilità dei documenti nel tempo.

Altri collegamenti fra banche dati.

É attivo il collegamento con le banche dati del Ministero Economia e Finanze e le banche dati aziendali per la verifica delle esenzioni ticket per reddito al fine di non rendere discrezionale l’attribuzione dell’esenzione ticket.

Inoltre la regione Umbria, in adempimento della normativa nazionale, ha introdotto il sistema di ricetta informatizzata che consentirà percorsi di tracciabilità su tutte le prescrizioni. Attualmente è attivo in Azienda un sistema di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche con produzione di report recanti i dati economici/prescrizioni per principio attivo/nome commerciale che sono oggetto di analisi.

Accesso telematico a dati, documenti e procedimenti e il riutilizzo dei dati, documenti e procedimenti (D.Lgs. n. 82 del 2005).

L’accesso telematico a dati, documenti e procedimenti consentono l’apertura dell’amministrazione verso l’esterno e, quindi, la diffusione del patrimonio pubblico e il

controllo sull'attività da parte dell'utenza per dati ed informazioni ulteriori a quelle che costituiscono un obbligo normativamente disposto.

In questa direzione si muove anche la scelta di pubblicare il presente Piano anche in formato .docx, formato editabile immediatamente fruibile da chiunque e riutilizzabile all'esterno ma anche dai servizi interni che vogliono usare tabelle, mappature o qualsiasi altra parte.

Inoltre all'interno dei servizi aziendali sono già attivi servizi come ad esempio la procedura che consente il ritiro on line dei referti del laboratorio analisi ed anche il pagamento on line, che costituiscono eliminazione per esempio dei rischi derivanti dal maneggio del denaro.

A titolo esemplificativo si elencano di seguito alcuni importanti servizi on line di informazione e consultazione attivati dall'azienda oltre a quanto presente nella sezione "Amministrazione trasparente":

- News L'informazione dell'Azienda UsI Umbria 2. Comunicati e conferenze stampa.
- Tempi di attesa Report dei tempi di attesa e prestazioni erogate
- Rassegna stampa Consultazione on line degli articoli di stampa. A cura dell'Ufficio Stampa del Consiglio Regionale dell'Umbria
- Carta dei Servizi Il patto tra Asl e cittadini
- Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta Elenchi e contatti
- "Come fare per" Informazioni utili alla cittadinanza
- Albo pretorio Delibere del direttore generale e le determinazioni dirigenziali
- Bandi di gara Bandi di gara, contratti e avvisi
- Guida ai servizi : informazioni utili e consultazione rapida della Guida ai Servizi
- Azienda Struttura aziendale
- URP Ufficio relazioni con il pubblico

Risultati raggiunti

Il presente paragrafo del P.T.P.C.T. intende dare risalto ed evidenza ai risultati che l'Azienda USL Umbria n.2 ha conseguito e che rappresentano non solo un traguardo raggiunto, ma soprattutto uno stimolo per il continuo miglioramento delle performance nei diversi ambiti di azione.

Servizi di e-government attivi.

I servizi di e-government permettono di ottenere in tempo reale e da qualsiasi luogo, servizi, documenti e informazioni dal sito web dell'azienda sanitaria UsI Umbria 2.

Implementare e arricchire le informazioni presenti nel portale istituzionale della Asl significa quindi espandere la trasparenza, abbattere i disagi, le code agli sportelli e avvicinare di conseguenza i cittadini alla Pubblica Amministrazione attraverso la diffusione della conoscenza.

Si segnala, in primo luogo, l'attivazione, in home page e all'interno della Guida ai Servizi, della sezione "SERVIZI DIGITALI AL CITTADINO" ove è possibile scaricare dal proprio PC in tempo

reale, senza quindi bisogno di recarsi allo sportello, i referti di laboratorio analisi e accedere alla porta dei pagamenti.

Essendo, il sito web istituzionale dell'Azienda Usl Umbria 2, uno strumento dinamico e in costante evoluzione, tutte le sezioni sono in continuo aggiornamento sia per i contenuti previsti dalle normative che per la parte informativa e di accesso ai servizi.

Servizi Digitali per il cittadino

PRENOTA ONLINE

la tua visita
o il tuo esame

RITIRA ONLINE

i tuoi referti di
laboratorio

RITIRA ONLINE

i tuoi referti
radiologici

PAGA ONLINE

i tuoi ticket

"Classifica della Trasparenza dei siti web", Usl Umbria 2 al primo posto.

L'art. 3 comma 2 del DPCM 8/11/2013 dispone che, per le amministrazioni diverse dalle "amministrazioni dello stato, agenzie ed enti pubblici nazionali", i collegamenti agli scadenzari pubblicati sui rispettivi siti sono acquisiti e resi accessibili attraverso il portale «Bussola della trasparenza», operativo presso il medesimo Dipartimento, all'indirizzo web bussola.magellanopa.it



Con il 100% di indicatori soddisfatti (84 su 84), il sito web istituzionale dell'Azienda Usl Umbria 2 si colloca al primo posto, insieme ad altre Asl del territorio nazionale, nella "Classifica della Trasparenza" stilata dalla "Bussola della Trasparenza", sistema di monitoraggio predisposto dal ministero per la Semplificazione e della Pubblica Amministrazione tornato attivo nel corso del 2017. Si tratta

di un risultato di grande importanza alla luce delle nuove normative che disciplinano il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni

Il servizio di analisi automatica dei siti web, eseguito dalla Bussola della trasparenza, è dismesso.

Il Dipartimento della funzione pubblica, a seguito della prima emanazione del D.Lgs. 33/2013, che attribuiva le competenze in materia di Trasparenza delle pubbliche amministrazioni, aveva ideato il servizio per agevolare le attività di controllo delle pubbliche amministrazioni. Ad oggi tali competenze, incluso il controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, sono attribuite all'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Anche la verifica effettuata alla data di ultima rilevazione da parte del Dipartimento conferma per l'Azienda USL Umbria n.2 il 100% di indicatori soddisfatti.



Figura 34 Avviso pubblicato in home page nelle news del sito web aziendale.

1.1 Attivazione numero telefonico per prenotare visite ed esami specialistiche.

Componendo il numero telefonico "800.63.63.63" i cittadini umbri potranno prenotare visite ed esami specialistici senza recarsi allo sportello CUP:

Componendo il numero telefonico da telefono fisso o cellulare i cittadini potranno effettuare una prenotazione per visite specialistiche o attività diagnostiche che saranno confermate via SMS, in tempo reale, con un promemoria. Attraverso il NUS si potranno, inoltre, ottenere informazioni sulle prestazioni del Sistema Sanitario Regionale e effettuare i pagamenti online per la collaborazione alla spesa sanitaria.

1.2 Servizio di comunicazione e informazione dedicato all'emergenza COVID-19

A seguito della diffusione pandemica, nel tentativo di fornire un supporto a tutti i cittadini richiedenti informazioni, in affiancamento al numero telefonico "800.63.63.63" sono

stati attivati canali di chat da PC, Whatsapp o Telegram. “InfoCovid Umbria”, il nuovo canale informativo, di facile consultazione, pensato per fornirte velocemente le informazioni di cui si ha bisogno, direttamente sul tuo smartphone, 24 ore su 24

Anche il sito web aziendale è stato adeguato per le stesse finalità, con apertura di sezioni dedicate, ricche di notizie e con ampia cartellonistica, brochure nazionali, regionali ed aziendali.



Tempi di pagamento. Risultati raggiunti Il Sole 24



L’Azienda USL Umbria n.2 ha pubblicato i dati relativi ai “Tempi di pagamento” che di seguito si indicano.

L’indicatore di tempestività dei pagamenti evidenzia che l’AUSL Umbria 2 ha effettuato mediamente nel corso del III° Trim anno 2021 i pagamenti in anticipo di 23,47 giorni rispetto alla tempistica di 60 giorni, dettata dalle vigenti normative. I tempi medi di pagamento delle fatture o documenti equivalenti dalla data di arrivo alla data di emissione del mandato di pagamento, sono di 36,53 giorni.

Il numero delle imprese creditrici è di 808.

Il risultato è il frutto di un connubio di fattori da cui non prescinde quello umano, percorso partito molti anni fa e che si è consolidato con la scelta della Regione di adottare un sistema informatico di gestione della contabilità unico e questo ha consentito una standardizzazione del ciclo passivo, cioè la parte dei pagamenti in bilancio.

Tale risultato è stato anche evidenziato nella stampa specializzata. Di seguito i dati degli ultimi anni.

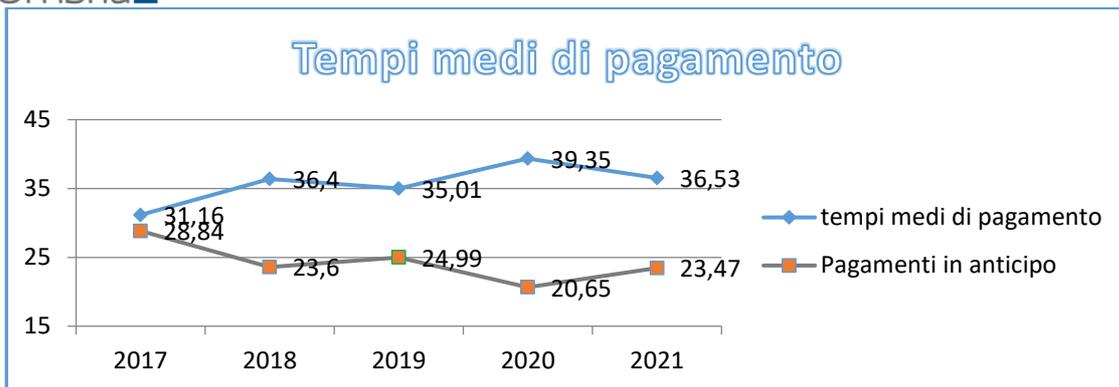


Figura 35 Tempi medi di pagamento

Il numero delle imprese creditrici:

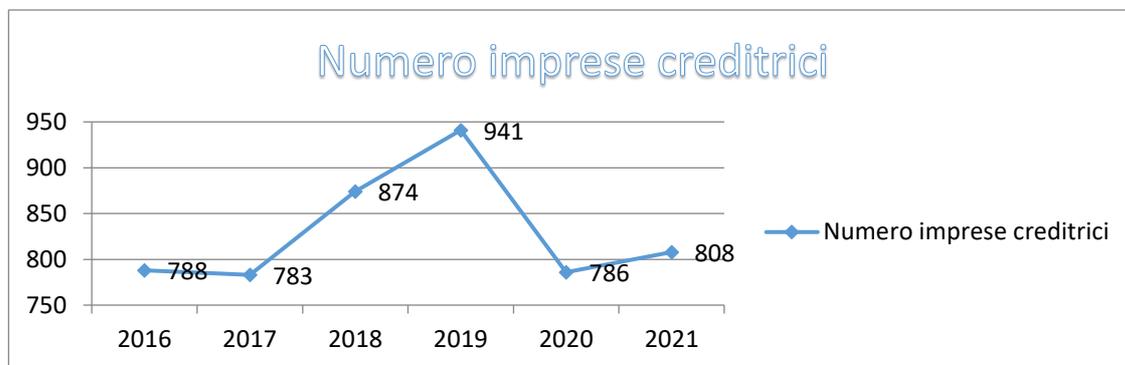


Figura 36 Numero imprese creditrici

Linee generali per il periodo 2022 - 2024.

Nel corso del 2021 la Direzione Aziendale, in continuum con quanto già definito negli anni precedenti, ha ribadito ai fini della prevenzione della corruzione, l'importanza di attuare le misure previste e condivise nel Piano. In particolare le schede relative alla mappature dei processi rappresentano specifico obiettivo di budget per le singole strutture, insieme alle misure previste per il conflitto di interesse.

Riveste particolare importanza anche il rispetto di quanto stabilito nel cronoprogramma che sintetizza gli obblighi assegnati ai diversi servizi e soggetti aziendali.

Coordinamento fra P.T.P.C.T. e gli altri strumenti aziendali di programmazione.

Nel presente paragrafo sono descritti gli stretti collegamenti fra il P.T.P.C.T. e i principali strumenti di programmazione aziendale.

Coerenza fra P.T.P.C.T. e piano delle performance

Il Piano delle Performance sviluppa annualmente le schede di programmazione delle misure di prevenzione della corruzione incluse nel presente P.T.P.C.T., declinandole in obiettivi di

performance organizzativa e individuale, correlati anche al sistema di retribuzione di risultato e di produttività collettiva.

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

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

Coerenza fra P.T.P.C.T. e obiettivi di budget

Le misure di prevenzione della corruzione sono inserite negli obiettivi organizzativi ed individuali che la Direzione Aziendale assegna ai vari Servizi ed ai loro dirigenti. Tale attribuzione consente di monitorare puntualmente lo stato di attuazione del P.T.P.C.T. e della effettiva adozione delle misure di prevenzione assegnate.

Dal 2020 l'Azienda ha adottato un sistema informatizzato di gestione del percorso di budget comprendendo anche gli obiettivi connessi alla prevenzione della corruzione.

Coerenza fra P.T.P.C.T. e trasparenza

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

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

La trasparenza diventa quindi misura generale di prevenzione di corruzione.

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

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

e dal d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 che definisce la trasparenza come: *“accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche”* (art.1).

Secondo l'ANAC⁶⁴ fra le modifiche più importanti del d.lgs. 33/2013 si registra quella del pieno coordinamento fra prevenzione della corruzione e trasparenza⁶⁵.

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

Coerenza fra P.T.P.C.T. e Codice di Comportamento

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

Coerenza fra P.T.P.C.T. e Piano della Comunicazione Integrata.

Con delibera del Direttore Generale n. 34 del 18/01/2017 si è provveduto alla approvazione del "Piano della Comunicazione Integrata anno 2017", costruendo uno strumento che consenta di programmare e gestire le azioni che l'Azienda mette in campo per favorire il raggiungimento dei propri obiettivi di:

- informazione sui servizi sanitari offerti, le modalità stabilite per la loro erogazione, i tempi in cui è possibile usufruire delle prestazioni, i luoghi, i costi ecc.,
- comunicazione interna, quale veicolo principale per condividere qualsiasi tipo di messaggio, sia informativo che funzionale, da parte del pubblico interno all'ente
- comunicazione esterna, rivolta all'utenza, alle altre amministrazioni o enti, imprese o associazioni, per promuovere una reale autonomia di scelta, individuare i bisogni degli utenti e stimolare la partecipazione attiva e responsabile dei cittadini, migliorare le relazioni fra l'Azienda ed i portatori di interesse.

Con il Piano della Comunicazione integrata 2017, l'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 2 prosegue nell'implementazione e nel potenziamento delle diverse forme di comunicazione, al fine di migliorare il dialogo dell'Azienda con i cittadini, con gli stakeholder e tra gli stessi dipendenti.

Il Piano della Comunicazione Integrata 2017 è coerente, per quanto riguarda la sua strutturazione, alla Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica del 7 febbraio 2002 ed assume quindi la veste di strumento di pianificazione aziendale, a sostegno della realizzazione degli obiettivi strategici dell'amministrazione.

Cronoprogramma.

⁶⁴ Delibera 1310 del 28/12/2016: "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs.33/2013 come modificato dal D.Lgs. 97/2016

⁶⁵ delibera n. 831/2016 dell'Autorità sul PNA 2016 (cfr. § 4).

Il presente Piano costituisce un documento dinamico soggetto ad aggiornamento progressivo anche sulla base dell'esperienza che si maturerà e modificherà nel tempo.

Di seguito viene inserito il cronoprogramma delle attività da mettere in campo nel triennio 2022/2024 con individuazione della tempistica e dei soggetti responsabili.

Il cronoprogramma è una mera rappresentazione sinottica non esaustiva delle principali attività che trova il suo completamento all'interno del P.T.P.C.T.

Nell'aggiornamento del Piano che ha previsto anche il completamento e la revisione della mappatura dei processi, si provveduto a definire la tempistica degli adempimenti.

| | Tempistica | Attività | Soggetto responsabile dell'attività | Riferimenti |
|----|---|---|--|--|
| 1. | Entro il 10 gennaio di ogni anno | Trasmissione al Direttore Generale ed ai Direttori Sanitario ed amministrativo dello schema di PTPCT | Responsabile Prevenzione Corruzione | § 10 P.T.P.C.T. |
| 2. | Entro il 12 gennaio di ogni anno | Trasmissione all'OIV dello schema di PTPCT | Responsabile Prevenzione Corruzione | § 10 P.T.P.C.T. |
| 3. | Entro il 22 gennaio di ogni anno | Restituzione del P.T.P.C.T. al R.P.C.ed al R.T. con eventuali osservazioni e suggerimenti | OIV | § 10 P.T.P.C.T. |
| 4. | Entro il 25 gennaio di ogni anno | Condivisione del P.T.P.C.T. con le eventuali osservazioni dell'OIV con il Direttore Generale | Responsabile Prevenzione Corruzione | § 10 P.T.P.C.T. |
| 5. | Entro il 31 gennaio di ogni anno | Presentazione della proposta per l'aggiornamento del PTPCT per l'approvazione da parte della Direzione Generale. | Responsabile Prevenzione Corruzione | § 10 P.T.P.C.T. |
| 6. | Entro 15 giorni dall'approvazione del PTPCT | Trasmissione alle varie articolazioni aziendali ed ai dipendenti mediante l'invio attraverso il servizio di posta elettronica aziendale. | Responsabile del Servizio Formazione, Comunicazione e Relazioni Esterne su indicazione del RPC | § 10 P.T.P.C.T. |
| 7. | Entro 15 giorni dall'approvazione del PTPCT | Trasmissione del PTPCT al Responsabile del Servizio Formazione, Comunicazione e Relazioni Esterne per la pubblicazione sul sito web aziendale | RPC | § 10 P.T.P.C.T. |
| 8. | Entro il 15 dicembre di ogni anno (o alla diversa scadenza fissata da ANAC) | Redazione e pubblicazione della relazione recante i risultati dell'attività svolta sul sito web aziendale. | Responsabile Prevenzione Corruzione | art.1 comma 14 L.190/2012 Comunicato ANAC del 26/11/2018 |

| | Tempistica | Attività | Soggetto responsabile dell'attività | Riferimenti |
|-----|---|--|--|--|
| 9. | Entro il 30 novembre di ogni anno | Predisposizione programma di formazione. | Servizio Formazione | § 16 P.T.P.C.T. |
| 10. | Entro il 30 novembre di ogni anno | Relazione sulla formazione a cascata. | Responsabili articolazioni aziendali | § 16 P.T.P.C.T. |
| 11. | Entro il 30 novembre di ogni anno | Risultato delle verifiche di cui all' art. 35 bis D.Lgs. 165/2001 (Formazione di commissioni e assegnazione agli uffici, in caso di condanna penale) | Responsabili articolazioni aziendali | § 18.6 P.T.P.C.T. |
| 12. | Entro il 30 novembre di ogni anno | Risultato delle verifiche commissioni giudicatrici | Servizio proponente la nomina della commissione | § 18.6 P.T.P.C.T. |
| 13. | Entro il 30 novembre di ogni anno | Predisposizione ed invio al R.P.C. del report di monitoraggio sugli esiti delle autocertificazioni sui conflitti di interesse | Responsabili articolazioni aziendali | § 18.11 P.T.P.C.T. § 11 C.D.C. |
| 14. | All'atto della nomina dei Direttori Amministrativo e Sanitario | Dichiarazione assenza cause di inconferibilità ed incompatibilità | Affari Generali e legali | § 17 P.T.P.C.T. |
| 15. | Successivamente all'atto di nomina dei Direttori Amministrativo e Sanitario e con cadenza annuale | Dichiarazione assenza cause di incompatibilità | Affari Generali e legali | § 17 P.T.P.C.T. |
| 16. | Trasmissione per pubblicazione delle dichiarazioni dei Direttori Amministrativo e Sanitario | Dichiarazione assenza cause di inconferibilità ed incompatibilità | Responsabile Trasparenza | § 17 P.T.P.C.T. |
| 17. | Entro il 30 novembre di ogni anno | Report monitoraggio ALPI | Direttori Distretto/PP.OO. /Dipartimenti e le altre figure individuate dalla delibera DG | § 18.15 P.T.P.C.T. |
| 18. | Entro il 30 novembre di ogni anno | Comunicazione della avvenuta o meno applicazione della rotazione "straordinaria" | Direttori/Dirigenti delle strutture (SC, SSD,SS) | § 18.2 P.T.P.C.T. § 18.3 P.T.P.C.T. |
| 19. | Entro il 30 novembre di ogni anno | Trasmissione risultati emersi nella relazione delle performance | Responsabile servizio relazioni sindacali, politiche del personale e sistema valutativo | § 23.1 P.T.P.C.T. |
| 20. | Nella documentazione di gara e nella stipula dei contratti | Patti di integrità sottoscritti dalle parti | Responsabili dei Servizi che bandiscono e espletano gare di affidamento di | § 18.40 P.T.P.C.T. |

| | Tempistica | Attività | Soggetto responsabile dell'attività | Riferimenti |
|-----|--|---|---|-----------------------------------|
| | | | lavori, beni, servizi e forniture | |
| 21. | Entro il 30 novembre di ogni anno | Invio al RPC di relazione circa l'avvenuto adempimento della consegna dell'informativa ex art. 53, comma 16 ter, D.Lgs. 165/2001. | Responsabile Servizio Personale | § 18.8 P.T.P.C.T. |
| 22. | Entro il 30 novembre di ogni anno | Al momento dell'assunzione di nuovi dipendenti consegna del Piano Triennale della Prevenzione anche mediante la comunicazione dell'obbligo di prenderne visione consultando il sito web aziendale | Responsabile Servizio Personale | Art. 2 comma 3 CdC |
| 23. | Al momento dell'adozione di un nuovo procedimento/processo o di variazione di quelli precedentemente censiti | Aggiornamento del censimento dei procedimenti e trasmissione al R.P.C. della nuova mappatura ai sensi del presente P.T.P.C.T. | Responsabili articolazioni aziendali | § 18 P.T.P.C.T. |
| 24. | Entro il 31 gennaio di ogni anno e successivamente nei casi normativamente previsti | Verifica degli adempimenti in materia di anticorruzione per le società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalla Azienda USL Umbria n.2 | R.P.C. | § 18.44 P.T.P.C.T. |
| 25. | Al momento dell'assunzione o, in caso di nuova iscrizione, entro 10 giorni dalla iscrizione | Dichiarazione adesione ad associazioni od organizzazioni, i cui ambiti d'interesse possano interferire con lo svolgimento dell'attività dell'ufficio. | Tutti i dipendenti | § 9 C.D.C |
| 26. | In ogni caso si manifesti situazione di conflitto di interesse | Segnalazione conflitto di interesse. Obbligo di astensione. | Tutti i dipendenti in luogo delle attività chiamati a svolgere | § 18.11 P.T.P.C.T. § 11 C.D.C. |
| 27. | all'atto dell'assegnazione all'ufficio | Comunicazione degli interessi finanziari | Tutti i dipendenti | § 10 C.D.C. |
| 28. | Entro il 30 novembre | Gli UU.PP.DD. inviano report al RPC secondo il format fornito dallo stesso | Presidenti UU.PP.DD. | § 7.9 P.T.P.C.T. § 24 C.D.C. |
| 29. | Entro 30 giorni dalla firma del contratto (la misura è sospesa fino alla riattivazione del portale AGENAS) | Registrazione sul sito di AGENAS http://pna-sanita.agenas.it/ | Dirigenti di S.C., S.S., S.S.D., soggetti individuati al § 20.30) | § 18.42 P.T.P.C.T. § 8 C.D.C |

| | Tempistica | Attività | Soggetto responsabile dell'attività | Riferimenti |
|-----|---|--|---|--------------------|
| 30. | Entro il 30 novembre di ogni anno | Dati aggregati attività amministrativa | Responsabili articolazioni aziendali | § 18.32 P.T.P.C.T. |
| 31. | Entro il 30 novembre di ogni anno | Comunicazione al RPC dell'elenco dei reclami/elogi con indicazione dell'oggetto della segnalazione | Responsabile del Servizio Formazione, Comunicazione e Relazioni Esterne | § 18.43 P.T.P.C.T. |
| 32. | Entro il 30 novembre di ogni anno | Dati relativi alle attività svolte dal Servizio Ispettivo | Commissione servizio Ispettivo | § 7.11 P.T.P.C.T. |
| 33. | Entro il 31 luglio 2022 | Approvazione del regolamento aziendale in materia di rotazione straordinaria. | Direzione Amministrazione del Personale | § 18.2 P.T.P.C.T. |
| 34. | Una volta l'anno (entro il 31 dicembre) | Aggiornamento della Anagrafe Stazioni Appaltanti sul portale ANAC | Responsabile Anagrafica Stazioni Appaltanti (RASA) | § 7.13 P.T.P.C.T. |
| 35. | Trimestralmente (dal 01 gennaio di ogni anno) | Pubblicazione dei dati sulle erogazioni liberali a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID-19 | Responsabile Servizio Economico finanziario | § 18.31 P.T.P.C.T. |

Figura 37 Cronoprogramma

Riferimenti aziendali

Di seguito è redatta una sintetica tabella che riassume le figure, i nominativi e gli indirizzi e-mail, relativi ai riferimenti aziendali.

| | | |
|---|------------------------------|--|
| Direttore Generale | Dott. Massimo De Fino | direttore.generale@uslumbria2.it |
| Direttore Sanitario | Dott.ssa Simona Bianchi | direttore.sanitario@uslumbria2.it |
| Direttore Amministrativo | Dott. Piero Carsili | direttore.amministrativo@uslumbria2.it |
| Responsabile Prevenzione della Corruzione | Dott. Roberto Longari | responsabile.anticorruzione@uslumbria2.it |
| Responsabile per la Trasparenza e integrità | Dott.ssa Lucia Luzzi | responsabile.trasparenza@uslumbria2.it |
| Responsabile Anagrafe Stazioni Appaltanti | Dott.ssa Patrizia Maestri | patrizia.maestri@uslumbria2.it |
| Gestore delegato alla valutazione ed alla trasmissione delle | D.ssa Lucia Luzzi | lucia.luzzi@uslumbria2.it |

| | | |
|--|--|--|
| segnalazioni all'Unità di Informazione (UIF) | | |
| Responsabile della Protezione Dati (RPD o DPO) | Avv. Alessandro Frillici | dpo@uslumbria2.it |
| Sito web aziendale | www.uslumbria2.it | |
| Posta Elettronica Certificata PEC | aslumbria2@postacert.umbria.it | |
| Centralino telefonico | 07442041 | |
| Sede legale | Via Bramante n. 37 – 05100 Terni | |

Figura 38 Riferimenti Aziendali

Disposizioni finali

Si dà atto che il presente Piano verrà adeguato ogni qual volta intervengano mutamenti significativi nell'organizzazione dell'Azienda o nell'impianto normativo.

Il presente aggiornamento per l'anno 2022 avrà valenza per il triennio 2022 - 2024 verrà pubblicato nel portale web aziendale www.uslumbria2.it all'interno della sezione "Amministrazione Trasparente".

ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

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

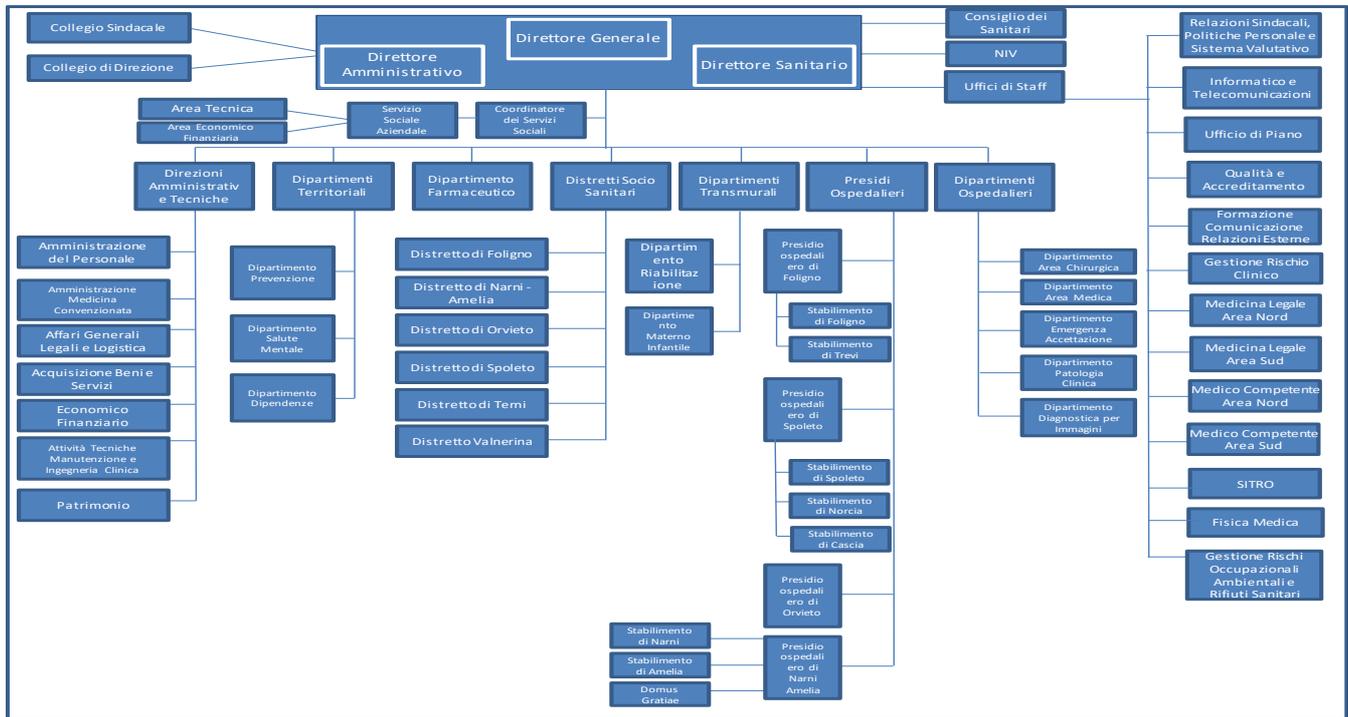
Gli organi aziendali sono:

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

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

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

Organigramma aziendale



Il personale dipendente dell'Azienda UsI Umbria 2 alla data del 31/12/2021 risulta pari a n. 3.820 unità, di cui 3.521, pari all' 92,17%, è costituita da personale a tempo indeterminato e n. 299 unità, pari all' 7,83%, da personale a tempo determinato.

Distribuzione del personale dipendente per ruolo al 31/12/2021

| Profilo professionale | Dotazione organica delib. 1820/2021 (triennio 2022/24) | tempo indeterminato al 31/12/2021 | tempo determinato al 31/12/2021 | totale personale in servizio al 31/12/2021 |
|---------------------------------|---|-----------------------------------|---------------------------------|--|
| dirigenza medica | 774 | 565 | 24 | 589 |
| dirigenza sanitaria | 143 | 101 | 15 | 116 |
| personale infermieristico | 1.640 | 1.515 | 107 | 1.622 |
| altro personale ruolo sanitario | 666 | 554 | 29 | 583 |
| totale ruolo sanitario | 3.223 | 2.735 | 175 | 2.910 |

| Profilo professionale | Dotazione organica delib. 1820/2021 (triennio 2022/24) | tempo indeterminato al 31/12/2021 | tempo determinato al 31/12/2021 | totale personale in servizio al 31/12/2021 |
|-------------------------------|---|-----------------------------------|---------------------------------|--|
| dirigenza professionale | 5 | 3 | - | 3 |
| comparto ruolo professionale | 3 | 2 | - | 2 |
| totale ruolo professionale | 8 | 5 | | 5 |
| dirigenza tecnica | 1 | - | - | - |
| comparto ruolo tecnico | 680 | 545 | 120 | 665 |
| totale ruolo tecnico | 681 | 545 | 120 | 665 |
| dirigenza amministrativa | 11 | 8 | - | 8 |
| comparto ruolo amministrativo | 286 | 228 | 4 | 232 |
| totale ruolo amministrativo | 297 | 236 | 4 | 240 |
| totale generale | 4.208 | 3.521 | 299 | 3.820 |

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

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

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

misure organizzative adottate in tema di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative”.

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

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

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

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

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

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

Le amministrazioni, pertanto:

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

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

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

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

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

Obiettivi del lavoro agile anno 2022

1. Garantire lo sviluppo di una maggiore autonomia del dipendente nella produttività e nella qualità del lavoro;
2. Responsabilizzare i dipendenti;
3. Favorire la conciliazione dei tempi di vita privata e professionale;
4. Sviluppare e diffondere la cultura orientata ai risultati;
5. Diffondere la cultura della digitalizzazione dei processi di lavoro;
6. Valorizzare le competenze del personale;

7. Migliorare il benessere organizzativo;
8. Promuovere l'inclusione lavorativa dei dipendenti in situazione di fragilità;
9. Promuovere l'efficienza e l'efficacia dei servizi ai cittadini.

Livello di attuazione e sviluppo

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

Con l'attività di *smart working*, eccezionalmente svolta nel periodo pandemico emergenziale, s'è instaurata una fiducia reciproca tra Azienda e lavoratori che, continuando a svolgere la prestazione lavorativa in una nuova modalità con lo stesso impegno profuso presso la sede di servizio.

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

Fin dall'emergere del periodo pandemico dovuto al Covid 19, l'USL Umbria 2 ha svolto attività di lavoro agile nel corso della prima e seconda "ondata", in attuazione del DPCM 11/03/2020.

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

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

Modalità attuative

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

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

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

Gli *step* del programma di sviluppo della modalità lavorativa saranno articolati nel seguente modo:

1. *fase di avvio*: già parzialmente testata nel periodo pandemico mediante l'utilizzo di basilari misure organizzative, con la necessaria implementazione delle attività da svolgere in modalità agile; implementazione e attuazione di percorsi formativi delle risorse umane.
2. *fase di sviluppo intermedio*, che prevede la stesura di un apposito regolamento che con le specifiche azioni non contemplate nelle linee guida ministeriali.
3. *fase di sviluppo avanzato*, prevede l'implementazione della modalità lavorativa in *smart working*, al fine del miglioramento dell'impatto ambientale ed economico generale orientato verso un modello organico e funzionale con programmazione triennale che porti al coinvolgimento di tutti i settori e le UOC.

Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile

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

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

Fattori abilitanti.

Il POLA promuove:

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

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

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

Le principali attività da svolgere in lavoro agile possono essere:

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

È in corso la mappatura dei processi, dei procedimenti amministrativi e delle attività di competenza dei diversi settori che possono essere svolti in modalità agile.

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

Salute professionale

Dovrà essere svolta:

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

Salute digitale

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

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

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

Salute economico finanziaria

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

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

Sistema di misurazione e valutazione della performance

Gli obiettivi di *performance* organizzativa rappresentano i traguardi che la struttura deve raggiungere nel suo complesso e al perseguimento dei quali tutti (Direttori, Dirigenti e personale del comparto) sono chiamati a contribuire. La misurazione della *performance* organizzativa è la quantificazione del livello di raggiungimento dei risultati per gli obiettivi fissati. Si ricorre a diversi indicatori: quelli associati agli obiettivi strategici dell'Azienda Sanitaria e quelli attribuiti alle attività caratterizzanti di ciascuna Struttura e/o Servizio. In considerazione della rilevanza che riveste la scelta degli indicatori, l'impegno



USL Umbria 2

dell'USL Umbria 2 è rivolto al continuo miglioramento dell'adeguatezza degli indicatori utilizzati; a tale fine è importante il ruolo dell'OIV, grazie al cui coinvolgimento viene verificata l'adeguatezza degli indicatori scelti.

Tenuto conto del particolare contesto programmatico ed organizzativo, derivante anche dalla situazione pandemica COVID-19, si dà atto che:

- il PTFP tiene conto della limitazione delle attuali prospettive programmatiche e, pertanto, si limita ad una programmazione per il solo anno 2022, ipotizzando che il fabbisogno sia costante;
- il PTFP tiene conto dell'adeguamento alla normativa nazionale sull'orario di lavoro (Legge n. 161/2014), in particolare per il personale del Comparto, precisando che, per l'applicazione dell'articolo 27 "Orario di lavoro" del CCNL 2016-2018 del Comparto Sanità, la quantificazione delle risorse necessarie per il riconoscimento del tempo di vestizione, svestizione e passaggio di consegne è oggetto di specifica trattativa sindacale;
- il PTFP tiene conto dell'esigenza di qualificazione dell'area Tecnica e Amministrativa con adeguamento dei profili professionali ad uno standard di competenza più rispondente alle nuove esigenze funzionali ed organizzative; in particolare si intende fare riferimento all'incremento di personale dirigenziale, prevedendo un periodo di affiancamento ai dirigenti che nei prossimi anni cesseranno dal servizio per il raggiungimento del diritto a pensione, nonché alle unità di personale da assumere del ruolo amministrativo nei profili di collaboratore amministrativo cat. D e di assistente amministrativo cat. C, per le quali, oltre alla naturale necessità di provvedere alla sostituzione del personale cessato, è necessario prevedere una riqualificazione del personale già dipendente, nei limiti della normativa vigente, che tuttavia non comporterà che la spesa relativa sia in incremento per la totalità dei posti evidenziati, ma limitatamente alla differenza di qualifica, analogamente a quanto avviene laddove è consentita la trasformazione di posto (esempio: se una categoria C vince il concorso riservato agli interni per la posizione D, il posto lasciato vacante non sarà più ricoperto);
- il PTFP predisposto è funzionale ad assicurare i LEA e tutti gli altri livelli prestazionali cui è tenuta l'USL;
- il PTFP è funzionale al raggiungimento degli obiettivi attualmente definiti derivanti dalla programmazione regionale e aziendale;
il PTFP è stato elaborato con riferimento all'articolazione dei servizi, allo sviluppo e razionalizzazione della rete ospedaliera e territoriale;
- le assunzioni previste nel PTFP potranno subire variazioni in riduzione in rapporto alla compatibilità economica che andrà di volta in volta verificata al fine di contenere la spesa nei limiti del tetto di spesa di cui alla DGR n. 125 del 26.02.2020;

In ragione di quanto sopra deriva il fabbisogno complessivo di personale determinato in via provvisoria dall'Azienda per il triennio 2022/2024 e la dotazione organica provvisoria ritenuta necessaria ai fini dell'attività complessiva dell'Azienda, così come indicato nell'allegato 1-bis elaborato tenendo conto del format approvato con la predetta DGR n. 777 del 02.09.2020.

Il presente Piano del Fabbisogno relativamente al personale dipendente rispetta il numero complessivo dei posti della dotazione organica attuale dell'Azienda ferme restando le variazioni qualitative che ne derivano.

Per quanto riguarda il personale dipendente, si rappresenta che l'Azienda provvede alla soddisfazione del relativo fabbisogno tramite assunzioni a tempo indeterminato con l'utilizzo delle

procedure previste a tale scopo dalla vigente normativa.

L'Azienda ricorre all'assunzione di personale a tempo determinato solamente in questi casi:

- nell'attesa della conclusione delle relative procedure di copertura dei posti a tempo indeterminato;
- per esigenze di carattere straordinario e temporaneo;
- per la sostituzione di dipendenti assenti per periodi per i quali possono essere attivati incarichi di supplenza e ove ciò risulti indispensabile;

Il tutto ove si rendano indispensabili per garantire la corretta erogazione dei LEA e con modalità selettive appositamente regolamentate sia per il personale dirigenziale che per il personale del Comparto (cfr. delib. n. 200 del 30/08/2019).

Oltre all'assunzione di personale a t.i. che a t.d. vanno annoverate ulteriori modalità che consentono di far fronte a specifiche esigenze di istituto:

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE A VARIO TITOLO

Si tratta di prestazioni aggiuntive richieste sia al personale della dirigenza che del comparto remunerate a tariffa oraria e che costituiscono base di computo per il tetto di spesa del personale. In tali situazioni l'Azienda elabora un progetto di produttività, di norma aggiuntivo rispetto agli istituti contrattuali delle produttività collettiva e della retribuzione di risultato indicando gli obiettivi prefissati, le azioni da svolgere, il termine e gli indicatori. Nell'allegato 2 viene esposto il riepilogo del fabbisogno in ore e quindi in unità uomo equivalente derivanti dall'attivazione di prestazioni aggiuntive.

PERSONALE UNIVERSITARIO IN ASSISTENZA

L'Azienda si avvale di tale categoria di personale sulla base di specifici accordi con l'Università, elaborati in applicazione delle disposizioni di settore vigenti tempo per tempo. Nell'allegato 3 viene indicato il Fabbisogno di tale personale.

SPECIALISTI AMBULATORIALI

Il ricorso all'utilizzo dei professionisti Specialisti Ambulatoriali rientra nel perseguimento della più ampia finalità di concorrere ad assicurare la tutela della salute degli assistiti nel rispetto di quanto previsto dai livelli essenziali e uniformi di assistenza e con modalità rispondenti al livello più avanzato di appropriatezza clinica ed organizzativa.

A tal fine l'Azienda ricorre all'utilizzo di tale tipologia di professionisti nell'ambito della Programmazione aziendale.

Nell'allegato n. 4 è riportato l'attuale fabbisogno delle ore di specialistica ambulatoriale distinto per discipline.

CONTRATTI LIBERO PROFESSIONALI

Per quanto riguarda i contratti libero professionali, occorre precisare che l'Azienda anche nel corso dell'anno 2020, dopo una serie di annualità in cui si era proceduto ad una progressiva riduzione, è stata costretta a ricorrere nuovamente in più circostanze all'attivazione di tali rapporti per assicurare la continuità nell'erogazione delle prestazioni sanitarie di assistenza evitando interruzione di pubblico servizio, anche con riferimento alla mutata situazione del mercato del lavoro per effetto delle conseguenze derivanti dall'accentuata diffusione dell'epidemia da COVID-19. Per la restante parte il ricorso a tale tipologia di contratti è assolutamente residuale e riferibile esclusivamente a situazioni per le quali la fonte di finanziamento (regionale, ministeriale, privato) ovvero la tipologia della prestazione richiesta non consentono l'instaurazione di rapporti di natura diversa. Le procedure per l'attivazione di tali tipi di contratto sono sempre e comunque ad

evidenza pubblica e le istanze vengono poi valutate da una apposita commissione costituita secondo principi e disposizioni di cui alla DGR n. 946/2019, ad eccezione dei casi di conclamata urgenza legati allo stato di emergenza. Va aggiunto, inoltre, che il ricorso a tale tipologia di contratti, in rapporto alla legislazione emanata per far fronte all’Emergenza COVID-19, è avvenuto in maniera assai diffusa per reclutare sul mercato del lavoro figure professionali indispensabili per le dette finalità, che altrimenti non era possibile acquisire (vedasi contratti attivati con i medici in quiescenza, medici specializzandi, medici laureati in medicina e chirurgia, infermieri).

Nell’allegato 5 viene indicato il Fabbisogno di tale personale.

CONVENZIONI CON ALTRE AZIENDE DEL SSN

Nell’allegato n. 6 sono indicate le convenzioni in atto con Aziende Sanitarie del SSN, in base alle quali personale loro dipendente presta attività presso questa Azienda.

Il presente Piano di Fabbisogno in tutte le sue componenti sarà realizzato tenendo conto e nel rigoroso rispetto dei limiti previsti dalle disposizioni di legge nazionali e regionali in merito al tetto di spesa del personale.

| VOCI DI SPESA | EURO |
|---|--------------------|
| Proiezione di Spesa con riferimento al Personale in forza al 31/12/2021 e successive variazioni così come indicate nella tabella allegata sub 1 bis (Fabbisogno comprensivo del turnover nonché delle nomine a tempo indeterminato sui posti per i quali sono già stati attivati incarichi a tempo determinato) | 209.060.219 |
| Corrispettivo per attività progettuale produttività aggiuntiva personale dipendente: | |
| valore minimo stimato (nota 1) | 750.000 |
| valore massimo stimato (nota 1) | 1.500.000 |
| Convenzioni con altre Aziende del Servizio Sanitario Nazionale | 860.000 |
| Convenzioni con Università | 180.000 |
| Totale Spesa personale | 211.600.219 |
| | |
| Spese da portare in detrazione ai fine dellaverifica del rispetto del tetto di spesa del personale: | |
| - personale appartenente alle categorie protette, personale impiegato per assistenza sanitaria penitenziaria, spese per la formazione, rinnovi contrattuali | 44.946.915 |
| Differenza | 166.653.304 |
| Tetto di spesa del personale USL Umbria 2aggiornato (DGR n. 125/2020) | 166.699.167 |

(nota 1) il ricorso a prestazioni di produttività aggiuntiva è collegato, sulla scorta delle esperienze avute, a diverse variabili in relazione alle quali partendo dalla soglia minima stimata può subire un incremento sino al valore massimo sopra indicato. N.B.: il totale della spesa ipotizzata prende in considerazione il valore massimo riportato ovvero euro 1.500.000,00.

| | *Dotazione organica | coperti al 30.11.2021_ | | | Assunzioni 2022 | spesa prevista anno 2022 | Assunzioni 2023 | Assunzioni 2024 | Nuova dotazione organica |
|---|---------------------|------------------------|--|--|-----------------|--------------------------|-----------------|-----------------|--------------------------|
| | | Tempo indeterminato | Tempo determinato su posto vacante (rileva ai fini della dotazione organica) | Tempo determinato per sostituzione (non rileva ai fini della dotazione organica) | | | | | |
| RUOLO SANITARIO | | | | | | | | | |
| DIRIGENTI MEDICI STRUTTURA COMPLESSA | 60 | 25 | 1 | 10 | 6.179.519 | | | 60 | |
| DIRIGENTI MEDICI | 714 | 532 | 26 | 70 | 58.929.059 | | | 714 | |
| ODONTOIATRI | 2 | 2 | | | 187.672 | | | 2 | |
| DIRIGENTI VETERINARI STRUTTURA COMPLESSA | 3 | 2 | | 1 | 510.043 | | | 3 | |
| DIRIGENTI VETERINARI | 44 | 36 | 6 | 2 | 4.128.788 | | | 44 | |
| DIRIGENTI FARMACISTI STRUTTURA COMPLESSA | 1 | 1 | | | 157.761 | | | 1 | |
| DIRIGENTI FARMACISTI | 22 | 18 | 2 | 2 | 1.721.612 | | | 22 | |
| DIRIGENTI BIOLOGI STRUTTURA COMPLESSA | - | - | - | - | - | | | - | |
| DIRIGENTI BIOLOGI | 19 | 16 | 3 | 1 | 1.486.846 | | | 19 | |
| DIRIGENTI CHIMICI | 1 | - | | | - | | | 1 | |
| DIRIGENTI PSICOLOGI STRUTTURA COMPLESSA | - | - | | | - | | | - | |
| DIRIGENTI PSICOLOGI | 43 | 24 | | 7 | 2.425.907 | | | 43 | |
| DIRIGENTI FISICI | 3 | 3 | | | 240.860 | | | 3 | |
| DIRIGENTI DELLE PROFESSIONI SANITARIE | 5 | 4 | | | 308.633 | | | 5 | |
| COLLABORATORI PROF.SAN.ESP. ASSISTENTI SANITARI (CAT DS) | 1 | - | | | - | | | | |
| COLLABORATORI PROF.SAN. ASSISTENTI SANITARI (CAT D) | 10 | 3 | | 6 | 381.069 | | | 10 | |
| COLLABORATORI PROF. SAN. ESPERTO INFERMIERI (CAT DS) | 55 | 39 | | 10 | 2.230.243 | | | 50 | |
| COLLABORATORI PROF. SAN. INFERMIERI (CAT D) | 1.640 | 1.504 | 115 | 41 | 70.286.127 | | | 1.660 | |
| COLLABORATORI PROF. SAN. ESPERTO OSTETRICHE (CAT DS) | 6 | 5 | | | 227.576 | | | 6 | |
| COLLABORATORI PROF. SAN. OSTETRICHE (CAT D) | 107 | 91 | 5 | 3 | 4.191.763 | | | 107 | |
| COLLABORATORI PROF. SANITARI DIETISTE (CAT DS) | - | | | | - | | | | |
| COLLABORATORI PROF. SANITARI DIETISTE (CAT D) | 10 | 6 | | 1 | 313.629 | | | 10 | |
| INFERMIERE GENERICO ESPERTO (CAT C) | - | | | | - | | | | |
| PUERICOLTRICE ESPERTA (CAT BS) | 1 | 1 | | | 46.836 | | | 1 | |
| PUERICOLTRICE ESPERTA (CAT C) | 2 | | | | - | | | | |
| COLL. PROF. SAN. ESPERTO -TECNICO DI LABORATORIO (CAT DS) | 6 | 4 | | | 166.520 | | | 6 | |
| COLL. PROF. SANITARIO -TECNICO DI LABORATORIO (CAT D) | 75 | 67 | 4 | 9 | 3.330.405 | | | 80 | |
| COLL. PROF. SAN. ESPERTO -TECNICO DI RADIOLOGIA (CAT DS) | 2 | 2 | | | 89.608 | | | 2 | |
| COLL. PROF. SAN. -TECNICO DI RADIOLOGIA (CAT D) | 97 | 81 | 7 | 5 | 3.871.596 | | | 97 | |
| COLL. PROF. SAN. -TECNICO FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA (CAT D) | - | | | | - | | | | |
| COLLABORATORI PROF.LI SANITARI ORTOTTISTI (CAT D) | 7 | 6 | | | 268.825 | | | 7 | |
| COLL. PROF. SAN. -TECNICO NEUROFISIOPATOLOGIA (CAT D) | 7 | 4 | | 1 | 166.520 | | | 7 | |
| COLL. PROF.SAN. ESPERTO -TECNICO DELLA PREVENZIONE (CAT DS) | 8 | 6 | | | 249.780 | | | 8 | |
| COLL. PROF.SAN. -TECNICO DELLA PREVENZIONE (CAT D) | 68 | 56 | 1 | 9 | 2.747.584 | | | 68 | |
| COLL. PROF. SANITARIO ESPERTO -FISIOTERAPISTA (CAT DS) | 11 | 6 | | | 268.825 | | | 11 | |
| COLL. PROF. SANITARIO -FISIOTERAPISTA (CAT D) | 140 | 129 | 6 | 5 | 5.828.208 | | | 140 | |
| COLL. PROF. SANITARIO -TERAPISTA OCCUPAZIONALE (CAT DS) | 1 | | | | - | | | | |
| COLL. PROF. SANITARIO -TERAPISTA OCCUPAZIONALE (CAT D) | 1 | 1 | | | 44.804 | | | 1 | |
| COLL. PROF. SANITARI ESPERTI- LOGOPEDISTI (CAT DS) | 3 | 2 | | | 83.260 | | | 3 | |
| COLL. PROF. SANITARI - LOGOPEDISTI (CAT D) | 36 | 34 | 2 | | 1.612.951 | | | 36 | |
| COLL. PROF. SANITARIO MASSAGGIATORE N.V. (CAT D) | - | | | | - | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--------------|--------------|------------|----------|------------|--------------------|--|--|--------------|
| COLL. PROF.LE SANITARIO EDUCATORE PROFESSIONALE (CAT DS) | 1 | 1 | | | | 41.630 | | | 1 |
| COLL. PROF.LE SANITARIO EDUCATORE PROFESSIONALE (CAT D) | 5 | 5 | | | | 208.150 | | | 5 |
| COLL. PROF.LI SANITARI TECNICI AUDIOMETRIA (CAT DS) | 1 | | | | | - | | | |
| COLL. PROF.LI SANITARI TECNICI AUDIOMETRIA (CAT D) | 2 | 2 | 1 | | | 115.286 | | | 3 |
| COLL. PROF.LI SANITARI PODOLOGI (CAT D) | 3 | 2 | | | | 69.716 | | | 3 |
| TOTALE RUOLO SANITARIO | 3.223 | 2.720 | 179 | 5 | 181 | 173.117.612 | | | 3.239 |
| | | | | | | - | | | |
| RUOLO PROFESSIONALE | | | | | | - | | | |
| ARCHIETTI | 1 | 1 | | | | 83.714 | | | 1 |

| | *Dotazione organica | Tempo indeterminato | Tempo determinato su posto vacante (rileva ai fini della dotazione organica) | Tempo determinato per sostituzione (non rileva ai fini della dotazione organica) | Assunzioni 2022 | spesa prevista anno 2022 | Assunzioni 2023 | Assunzioni 2024 | Nuova dotazione organica |
|--|---------------------|---------------------|--|--|-----------------|--------------------------|-----------------|-----------------|--------------------------|
| RUOLO SANITARIO | | | | | | | | | |
| DIRIGENTE AVVOCATO | - | | | | | - | | | |
| DIRIGENTI INGEGNERI | 4 | 2 | | | 2 | 334.857 | | | 4 |
| ASSISTENTI RELIGIOSI (CAT D) | 3 | 2 | | | | 83.260 | | | 3 |
| TOTALE RUOLO PROF.LE | 8 | 5 | | | 2 | 501.831 | | | 8 |
| | - | | | | | - | | | |
| RUOLO TECNICO | - | | | | | - | | | |
| DIRIGENTI AGRONOMI | - | | | | | - | | | |
| DIRIGENTI SOCIOLOGI | - | | | | | - | | | |
| DIRIGENTI ANALISTI | - | | | | | - | | | |
| DIRIGENTI SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE | | | | | 1 | 83.714 | | | 1 |
| COLL. PROF. ESPERTI ASSISTENTI SOCIALI (CAT DS) | 8 | 2 | | | | 83.109 | | | 6 |
| COLL. PROF. ASSISTENTI SOCIALI (CAT D) | 49 | 37 | 16 | | 3 | 2.331.283 | | | 56 |
| OPER.PROF.- OPERATORE SOCIALE (CAT C) | 8 | 8 | | | | 307.428 | | | 8 |
| COLL. TECNICI PROF. ESPERTI GEOMETRI (CAT DS) | - | | | | | - | | | |
| COLL.TECNICI PROF. ESPERTI PERITI ELETTRONICI (CAT DS) | - | | | | | - | | | |
| COLL. TECNICI PROF. ESPERTI PERITI MECCANICI (CAT DS) | - | | | | | - | | | |
| COLL.TECNICO PROF. ESPERTO (CAT DS) | 1 | 1 | | | | 41.554 | | | 1 |
| COLLABORATORI TECNICI PROF. GEOMETRI (CAT D) | - | | | | | - | | | |
| COLLABORATORE TECNICO PROF. CONTABILE (CAT D) | - | | | | | - | | | |
| COLLABORATORI TECNICI PROFESSIONALI (CAT D) | 22 | 19 | 3 | | | 915.861 | | | 22 |
| COLLABORATORI TECNICI PROGRAMMATORI (CAT D) | - | | | | | - | | | |
| COLLABORATORI TECNICI INGEGNERI (CAT D) | 7 | | 6 | | | 249.780 | | | 7 |
| ASSISTENTI TECNICI | 35 | 30 | | | 1 | 1.191.284 | | | 32 |
| ASSISTENTI TECNICI CONTABILI | - | | | | | - | | | |
| ASSISTENTE TECNICO GEOMETRA | - | | | | | - | | | |
| ASS. TEC. MANUTENZIONE GESTIONE APP. ELETTROMED. (CAT C) | - | | | | | - | | | |
| PROGRAMMATORE (CAT C) | - | | | | | - | | | |
| ASSISTENTE TECNICO MANUTENTORE | - | | | | | - | | | |
| ASSISTENTE TECNICO ADDETTO GUIDA /MAN.MEZZI 118 | - | | | | | - | | | |
| ASSISTENTE TECNICO DISINFETTORE | - | | | | | - | | | |
| OPERATORI TECNICI SPECIALIZZATI ESPERTI (CAT C) | 14 | 13 | | | | 499.571 | | | 14 |
| OPERATORI TECNICI SPECIALIZZATI (CAT BS) | 42 | 26 | 1 | | 5 | 1.115.457 | | | 32 |
| OPERATORI SOCIO SANITARI (CAT BS) | 366 | 293 | 86 | 3 | | 13.211.197 | | | 379 |
| OPERATORI TECNICI (CAT B) | 91 | 81 | 1 | | | 2.760.240 | | | 82 |
| OTA (CAT B) | 1 | 1 | | | | 33.661 | | | 1 |
| AUSILIARI SPECIALIZZATI (CAT A) | 36 | 35 | | | | 1.094.319 | | | 35 |
| TOTALE RUOLO TECNICO | 680 | 546 | 113 | 3 | 10 | 23.918.461 | | | 676 |
| | | | | | | - | | | |
| RUOLO AMMINISTRATIVO | | | | | | | | | |
| DIRIGENTI | 11 | 8 | | | 3 | 1.040.976 | | | 11 |
| COLLABORATORI AMMINISTRATIVI ESPERTI (CAT DS) | 40 | 31 | | | 5 | 1.495.955 | | | 36 |
| COLLABORATORI AMMINISTRATIVI (CAT D) | 87 | 67 | | 1 | 17 | 3.496.925 | | | 89 |
| ASSISTENTI AMMINISTRATIVI (CAT C) | 109 | 88 | | | 15 | 3.958.139 | | | 103 |
| COADIUTORI AMMINISTRATIVI ESPERTI (CAT BS) | 16 | 14 | 1 | | | 522.871 | | | 16 |

| | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--------------|--------------|------------|----------|------------|--------------------|--|--|--------------|
| COADIUTORI AMMINISTRATIVI (CAT B) | 33 | 29 | | | | 976.183 | | | 29 |
| COMMESSI (CAT A) | 1 | 1 | | | | 31.266 | | | 1 |
| TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO | 297 | 238 | 1 | 1 | 40 | 11.522.315 | | | 285 |
| | | | | | | | | | |
| TOTALE GENERALE | 4.208 | 3.509 | 293 | 9 | 233 | 209.060.219 | | | 4.208 |
| | | | | | | | | | |
| TETTO DI SPESA | | | | | | 166.699.167 | | | |

| PRESTAZIONI AGGIUNTIVE A VARIO TITOLO | |
|--|-------------------------|
| PROFILI | UNITA' UOMO EQUIVALENTE |
| Dirigenza Medica Anestesia e Rianimazione | 1,34 |
| Dirigenza Medica Angiologia | 0,15 |
| Dirigenza Medica Attività Penitenziaria | 0,38 |
| Dirigenza Medica Cardiologia | 1,26 |
| Dirigenza Medica Chirurgia Generale | 4,20 |
| Dirigenza Medica Cure Palliative | 0,05 |
| Dirigenza Medica Ematologia | 0,05 |
| Dirigenza Medica Emergenza Urgenza \ 118 | 2,40 |
| Dirigenza Medica Emodialisi | 0,90 |
| Dirigenza Medica Gastroenterologia | 0,08 |
| Dirigenza Medica ISP | 0,87 |
| Dirigenza Medica Medicina del Lavoro | 0,03 |
| Dirigenza Medica Medicina Generale | 0,53 |
| Dirigenza Medica Medicina Territoriale | 0,09 |
| Dirigenza Medica Medico Competente | 0,28 |
| Dirigenza Medica Nefrologia e Dialisi | 0,79 |
| Dirigenza Medica Neurologia | 0,74 |
| Dirigenza Medica Odontoiatria | 0,02 |
| Dirigenza Medica Oncologia | 0,21 |
| Dirigenza Medica Ortopedia | 0,21 |
| Dirigenza Medica Ostetricia e Ginecologia | 0,34 |
| Dirigenza Medica Otorinolaringoiatra | 0,03 |
| Dirigenza Medica Pediatria | 0,47 |
| Dirigenza Medica Pneumologia | 0,16 |
| Dirigenza Medica Pronto Soccorso | 2,50 |
| Dirigenza Medica Psichiatria | 0,25 |
| Dirigenza Medica Radiodiagnostica | 1,62 |
| Dirigenza Medica Riabilitazione | 0,39 |
| Dirigenza Medica Ser.D | 0,38 |
| Dirigenza Medica Territoriale | 0,05 |
| Dirigenza Medica Urologia | 0,01 |
| Dirigenza Medica Abbattimento Liste di Attesa (Varie Discipline) | 4,00 |
| Dirigenza Sanitaria | 2,49 |
| Dirigenza Veterinaria | 0,17 |
| Personale di Supporto | 8,27 |
| TOTALE COMPLESSIVO | 35,72 |

| PERSONALE UNIVERSITARIO IN ASSISTENZA | | |
|---------------------------------------|---------------------------|-----------|
| | Disciplina | n. |
| Dirigente Medico | ortopedia e traumatologia | 1 |
| Dirigente Medico | otorinolaringoiatria | 1 |
| Dirigente Medico | chirurgia pediatrica | 1 |

PIANO DELLE AZIONI POSITIVE

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

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

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

1. Piani Triennali di Azioni

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

3. Organizzazione del lavoro

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

5. Politiche di reclutamento e gestione del personale

La pianificazione del Piano deve necessariamente considerare anche le difficoltà di realizzazione legate alla pandemia da SARS – CoV 2. Allo stesso tempo il Piano considera e capitalizza quanto, invece, proprio come risposta alle mutate esigenze che la pandemia ha generato, è stato realizzato

in modo non previsto ma dettato dalle necessità contingenti. Si cita, a titolo di esempio, la consistente esperienza condotta in merito al lavoro da remoto sviluppata dalle aziende sanitarie nel corso del 2020/2021. Il Piano, sulla scorta delle informazioni sopra definite, declina le aree di intervento all'interno delle quali sono identificate le azioni, gli obiettivi, gli attori coinvolti e la tempistica prevista per il loro raggiungimento e per ogni area si indicano gli eventuali necessari finanziamenti. Le azioni positive, come definito dalla Decreto Legislativo n. 198 del 2006 - Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, sono misure volte alla rimozione degli ostacoli che impediscono la realizzazione di pari opportunità. Sono dirette a favorire l'occupazione femminile ed a realizzare l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro. Le azioni positive hanno, in particolare, lo scopo di:

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

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

AMBITI DI INTERVENTO E AZIONI

Il Piano Triennale delle azioni Positive 2022-2024 è stato redatto tenendo conto di quanto emerso:

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

ed è articolato in quattro principali aree di intervento:

- ✓ Conoscere le caratteristiche ed i bisogni del personale dell'Azienda;
- ✓ Promuovere salute, sicurezza e benessere lavorativo;

- ✓ Favorire politiche di conciliazione tra vita lavorativa e responsabilità familiari;
- ✓ Prevenire e contrastare discriminazioni e molestie sul lavoro.

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

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

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

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

| Obiettivi | Azioni | Coinvolti | Anno2022 | Anno 2023 | Anno2024 |
|--|---|---|----------|-----------|----------|
| Conoscere le caratteristiche e di bisogni del personale – Bilancio di genere | Rilevazione relativa agli anni del fenomeno della discriminazione attraverso l'analisi dei seguenti dati: numero assoluto dei dipendenti divisi per genere e per fascia di età numero dipendenti diviso per genere a seconda della funzione svolta: dirigenza medica (Direzione, Dipartimenti, SC, SS, altri dirigenti) professioni sanitarie (dirigenti e comparto) PTA (dirigenti e comparto) 3. approfondimento sui nuovi assunti nel mantenere le stesse suddivisioni di cui ai punti 1) e 2) | Personale, Controllo di Gestione | X | X | X |
| Promuovere momenti formativi, confronti, studi e analisi sui temi della parità, delle pari opportunità e della prevenzione e del contrasto delle discriminazioni | Promuovere una sensibilizzazione diffusa di lavoratori e lavoratrici attraverso l'organizzazione di incontri tematici e/o la partecipazione a convegni/seminari sul tema della parità, delle pari opportunità, della prevenzione e del contrasto contro le discriminazioni. Elaborazione di un opuscolo informativo e/o contenuti da inserire sul sito internet/social aziendale | Componenti del Comitato Unicodi Garanzia, Dirigenti, Responsabile comunicazione aziendale, Responsabile Formazione, esperti in materia CERSAG | | X | X |

Area B - Promuovere salute, sicurezza e benessere lavorativo

| Obiettivi | Azioni | Coinvolti | Anno2022 | Anno 2023 | Anno2024 |
|---|--|---|----------|-----------|----------|
| Conciliazione tempi di vita e dilavoro valorizzazione lavoro agile | -Attività di sensibilizzazione di dirigenti e responsabili sull'autorizzazione al tempo parziale, al telelavoro e al lavoro agile. Effettuazione di momenti/incontri per sensibilizzazione su queste tematiche; Valorizzazione delle professionalità dei dipendenti a tempo parziale; Realizzazione di iniziative formative rivolte sia ai responsabili delle strutture che ai collaboratori sulla gestione delle relazioni a distanza dovute dalla maggiore fruizione dellavoro da remoto | CUG, Formazione, Servizio Informatico, Comunicazione, Ufficio Relazioni Sindacali, Servizio amministrazione del Personale | X | X | X |
| Favorire politiche concilianti il benessere personale e la responsabilità lavorativa | Potenziamento e/o convenzioni per un percorso di accesso semplificato a prestazioni diagnosticoterapeutiche/o di screening | CUG, Servizi di diagnosi e cura USLUmbria 2 | X | X | X |
| Prevenzione e contrasto dello Stress lavoro correlato, relazioni uomo/donna sul posto di lavoro | Somministrazione del questionario INAIL modificato da sottoporre ai dipendenti valutando la capacità di far emergere i problemi e i disagi stress correlati che sono eventualmente presenti. Valutare anche attraverso un'analisi audio anonima quale sia la modalità di comunicazione, i toni, la semantica utilizzata tra i diversi operatori dei servizi; sia in termini orizzontali che verticali, al fine di verificare se sussistono differenze di relazioni uomo-donna, uomo-uomo, dirigente-sottoposto | Professionisti esperti nella comunicazione, psicologi del lavoro | X | X | X |

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

| Obiettivi | Azioni | Coinvolti | Anno2022 | Anno 2023 | Anno2024 |
|---|---|---|----------|-----------|----------|
| Favorire politiche concilianti il benessere genitoriale e maternità e paternità | Implementazione di servizi di facilitazione: stipula di convenzioni per d'infanzia o istituzione del nido aziendale Accesso al lavoro part-time | Ufficio convenzioni, CUG, Servizio Tecnico, Controllo di Gestione | | X | X |

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

Area D - Prevenire e contrastare discriminazioni e molestie sul lavoro

| Obiettivi | Azioni | Coinvolti | Anno2022 | Anno 2023 | Anno2024 |
|---|---|--|----------|-----------|----------|
| Sviluppo di una cultura lavorativa fondata sul rispetto e sulla valorizzazione delle differenze | Strutturare eventi formativi su tematiche delle pari opportunità, sulle differenze di genere, sul ciclo della violenza, sulla prevenzione della discriminazione | Formazione, CUG, Gruppo Violenza | X | X | X |
| Mobbing, servizi di ascolto e consulenza | Assistere e supportare i cittadini che subiscono le conseguenze, a volte gravi, di atti discriminatorie persecutori o violenze psicologiche nel proprio ambiente di lavoro ed indirizzare i lavoratori al Collegio Mobbing della Azienda UsL Umbria 2, composto da professionisti dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro e del Dipartimento di Salute Mentale | SPSAL, SPPA, Dipartimento Salute Mentale | X | X | X |
| Costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare ed interprofessionale per il contrasto alla violenza sugli operatori sanitari | Pianificazione/effettuazione di attività formativa in tema di prevenzione e gestione dei conflitti, per l'apprendimento di tecniche di de-escalation, coinvolgendo soprattutto gli operatori dei tre Pronto Soccorso, dei quattro PPI e degli sportelli e dei front-office aziendali. Attivazione di un sistema di segnalazione spontanea da parte degli operatori sanitari vittime di episodi di violenza attraverso uno strumento di reporting interno indirizzato all'Area Gestione del Rischio e al SPPA (scheda di segnalazione interna) | SPPA, Risk Manager | X | X | X |

MONITORAGGIO E VERIFICA



USL Umbria2

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

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

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