



**Piano Integrato di Attività e
Organizzazione (PIAO)
2023 – 2025
Annualità 2023
Azienda Sanitaria Locale
USL Umbria 2**



PREMESSA E RIFERIMENTI NORMATIVI	4
Scheda anagrafica dell'Amministrazione	5
Articolazione dell'USL Umbria n. 2	5
Struttura Organizzativa	6
La USL Umbria n. 2 in cifre	7
Analisi demografica.....	8
Analisi della domanda e dell'offerta dei servizi alla popolazione residente – flussi di mobilità	10
Principali dati economico finanziari	11
Analisi del contesto	13
Sintesi analisi del contesto - Analisi S.W.O.T.	24
Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione	26
Innovazione e Digitalizzazione, Semplificazione e Reingegnerizzazione	27
Potenziamento e riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali ed extra ospedalieri	29
Performance.....	35
Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del piano	56
Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio.....	56
La misurazione e valutazione della performance	57
Obiettivi operativi assegnati al personale	60
Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione della performance	63
Rischi Corruttivi e Trasparenza	64
Sezione Anticorruzione e Trasparenza.....	69
Gli Attori del Sistema Aziendale di Prevenzione della Corruzione E Trasparenza.....	70
Organismi Propositivi E Consultivi	79
Quadro delle Attività di Prevenzione della Corruzione.	81
Obiettivi della Direzione Strategica in materia di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza ..	82
Progettazione di Misure Organizzative per il Trattamento del Rischio	83
Valutazione del Rischio	87

Le Responsabilità	92
Trasparenza.....	96
Collegamento fra Piano della Performance con il Programma per la Trasparenza e l'integrità e con il Piano della Prevenzione della corruzione	103
Coerenza fra P.T.P.C.T. e trasparenza	104
Coerenza fra P.T.P.C.T. e Codice di Comportamento	105
Coerenza fra P.T.P.C.T., piano dei fabbisogni e procedure di reclutamento del personale.....	105
Organizzazione e capitale umano	106
Organizzazione del lavoro agile	106
Piano triennale dei fabbisogni di personale	112
Piano delle azioni positive.....	129

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:

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

modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

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

SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

ARTICOLAZIONE DELL'USL UMBRIA N. 2

Denominazione	Azienda Sanitaria Locale USL Umbria n. 2
Sede legale	Viale Bramante 37 Terni
Codice fiscale/P.IVA	01499590550
Direttore Generale	De Fino Massimo
Atto aziendale	http://albopretorio.uslumbria2.it/trasparenza_atti/portaldato/albo_files/15546_De_libera_1081.pdf
Personale 2022	4.028
Sito web	www.uslumbria2.it/
URP	telefono: 0744/204610 e 0744/204841 e-mail: urp@uslumbria2.it
PEC	aslumbria2@postacert.umbria.it
Amministrazione Trasparente	https://www.uslumbria2.it/amministrazione-trasparente/amministrazione-trasparente-000
Posta Elettronica Certificata PEC	aslumbria2@postacert.umbria.it
Centralino telefonico	07442041

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

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

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

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

Il logo aziendale è quello di seguito raffigurato:



STRUTTURA ORGANIZZATIVA

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

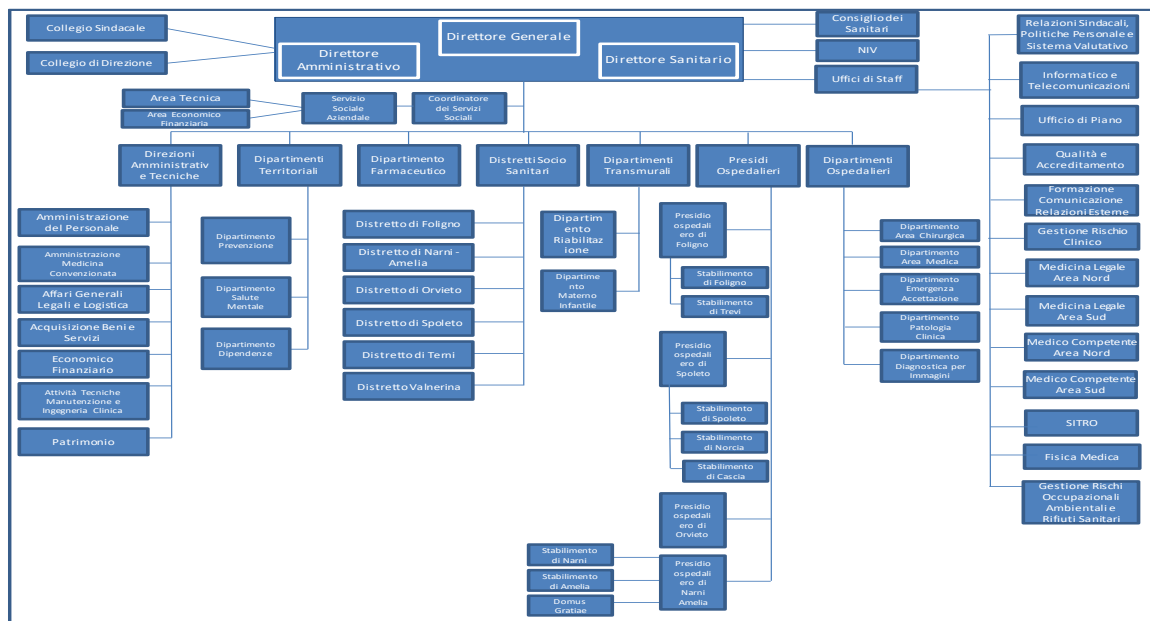
Gli organi aziendali sono:

- 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



DATI GENERALI	NUMERO
Popolazione residente al 31/12/2021	368.533
Comuni	54
Densità per Km ²	89,76
Superficie Km ²	4.152
Costi della produzione (previsione 2023)	730.259.939
Valore della produzione (previsione 2023)	743.454.805
Personale dipendente 01.01.2023	4.028
Personale convenzionato 01.01.2023	675
Ore di formazione anno 2022	2.577
Dipartimenti	11
Strutture complesse	71 I
Strutture semplici	120
Distretti	6
Strutture a gestione diretta	261
Strutture a gestione indiretta	142
Costo farmaceutica convenzionata (preconsuntivo 2022)	51.579.140,97
Costo farmaceutica per acquisti diretti (preconsuntivo 2022)	78.803.555,01
Costo assistenza protesica (preconsuntivo 2022)	3.105.529,56
Costo assistenza integrativa (preconsuntivo 2022)	5.054.055,42
Presidi Ospedalieri	4
Stabilimenti Ospedalieri	10
Posti letto al 31/12/2022	849 *
Ricoveri (dato non definitivo 15/01/22)	25.679
Totale utenti al Pronto Soccorso (preconsuntivo 2022)	92.421
Prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate per Distretto e branca (consuntivo 2022)	1.914.621
Prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dai P.O. (consuntivo 2022)	1.871.292

* I posti letto sono senza le culle; Fonte: HSP12 al 30/09/2022.

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).

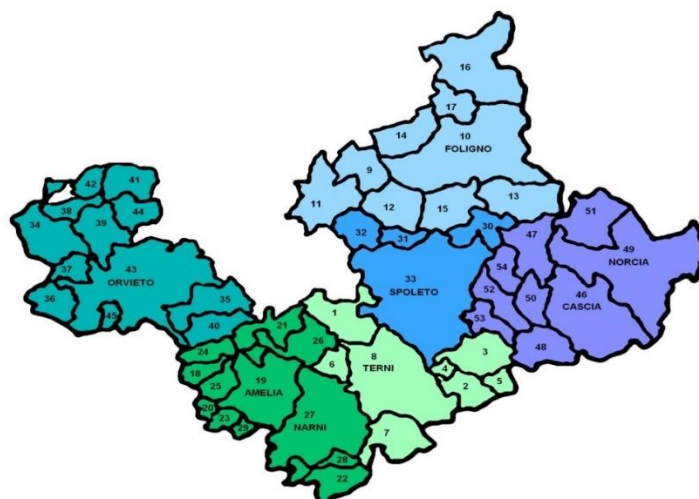
La struttura Ospedaliera allocata nell'Ospedale di Terni è SPDC Terni.

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

(Fonte: dati Istat al 01/01/2022)



La popolazione complessiva assistita dall’Azienda Umbria n. 2 è pari a 368.540 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	41.671	11,29%	223.772	60,76%	47.701	12,92%	55.396	15,04%	368.540	100,00%
2021	42.627	11,44%	227.351	61,00%	47.972	12,87%	54.727	14,68%	372.677	100,00%
2020	44.074	11,62%	232.191	61,20%	47.849	12,61%	55.307	14,58%	379.421	100,00%
2019	45.038	11,83%	233.456	61,30%	47.338	12,43%	54.997	14,44%	380.829	100,00%
2018	45.830	11,98%	235.000	61,43%	47.334	12,37%	54.411	14,22%	382.575	100,00%
2017	46.701	12,14%	236.374	61,44%	47.273	12,29%	54.405	14,14%	384.753	100,00%
2016	47.304	12,25%	237.891	61,60%	47.046	12,18%	53.974	13,97%	386.215	100,00%
2015	48.207	12,40%	239.925	61,70%	47.171	12,13%	53.547	13,77%	388.850	100,00%

Fonte: ISTAT

L’indice di invecchiamento mostra come il 27,97% della popolazione aziendale presenti un’età superiore ai 65 anni, con un valore in costante aumento dal 2015 al 2022.

L’indice di vecchiaia si attesta ad un valore di 247,41% nel 2022, progredendo nel corso degli anni.

L’indice di carico sociale è anch’esso in crescita nel periodo considerato, si attesta nel 2022 ad un valore del 64,69%. **L’indice di dipendenza giovanile**, con tendenza in calo, si attesta nel 2022 ad un valore del 18,62%. **L’indice di dipendenza senile**, con tendenza in crescita, si attesta nel 2022 al 46,07%.

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

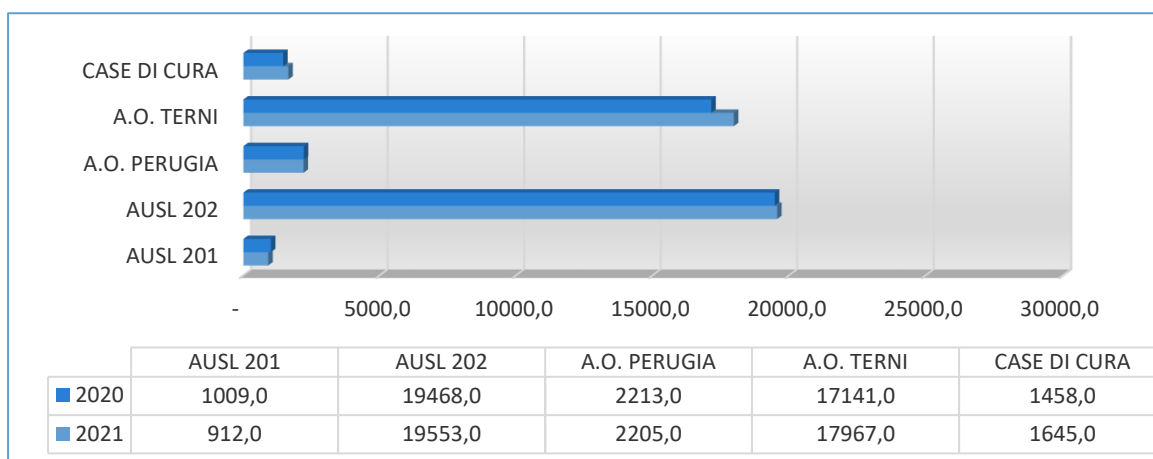
ANALISI DELLA DOMANDA E DELL'OFFERTA DEI SERVIZI ALLA POPOLAZIONE RESIDENTE – FLUSSI DI MOBILITÀ

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

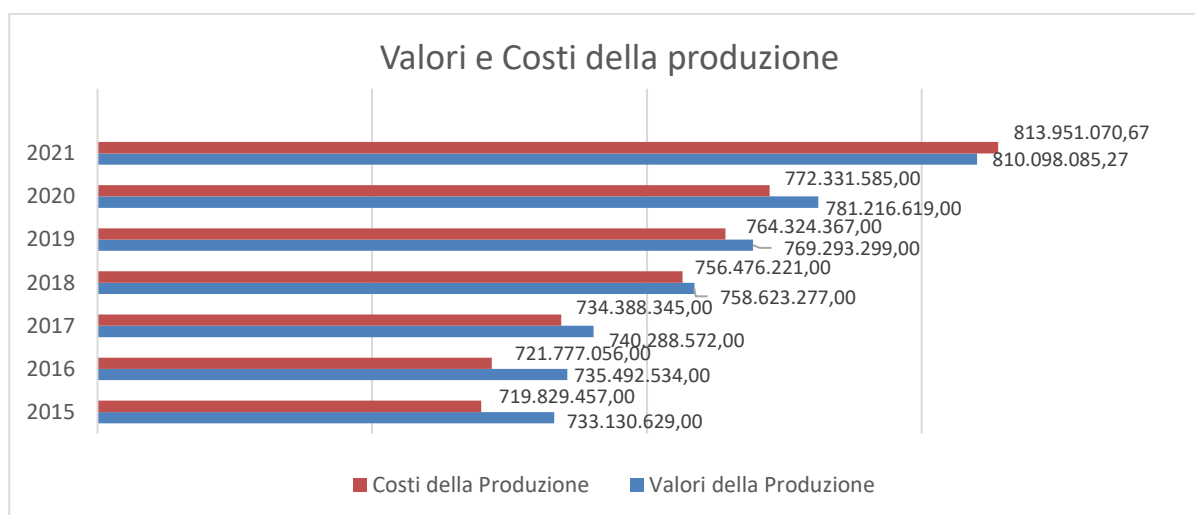


PRINCIPALI DATI ECONOMICO FINANZIARI

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	733.130.629	735.492.534	740.288.572	758.623.277	764.324.367	781.216.619	810.098.085,27
B) Costi della Produzione	719.829.457	721.777.056	734.388.345	756.476.221	769.293.299	772.331.585	813.951.070,67
(A-B) Differenza tra valori e costi della produzione	13.301.172	13.715.478	5.900.228	2.147.056	4.968.932	8.885.034	3.816.986
C) Proventi ed oneri finanziari	-1.580	-2.260	-2.243	105.763	17	7.225	95,26
E) Proventi e oneri straordinari	1.530.055	2.897.417	8.515.797	12.321.543	19.634.859	5.820.535	17.927.069,54
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	14.829.646	16.610.634	14.413.782,00	14.574.362		14.712.795	14.058.341,36
RISULTATO DI ESERCIZIO	242.034	2.062.820	81.478	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 2021

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

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

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

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 esterno. Utilizzo dati delle Amministrazione competenti.

Analisi del contesto internazionale

“Osservando lo stratificarsi delle non poche norme internazionali di *hard* e di *soft law* in materia di contrasto alla corruzione sembra possibile delineare un emergente modello di prevenzione della corruzione che dal punto di vista strutturale-istituzionale, organizzativo e funzionale si propone agli ordinamenti interni sia a livello universale che a livello regionale e continentale come non solo utile, ma soprattutto in taluni casi ineludibile fonte di ispirazione delle politiche nazionali in materia. Sempre di più, infatti, il contesto giuridico internazionale si propone come “luogo” non più e non tanto di confronto delle sovranità nazionali, ma di elaborazione di criteri guida per consentire alle singole politiche nazionali di convergere verso modelli se non condivisi almeno capaci di dialogare reciprocamente³”.

Analisi del contesto nazionale.

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

³ Nicoletta Parisi Componente del Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione

Le medie nazionali sono quindi un segnale preoccupante, ma ancor più attenzione destano i valori regionali. Se a Trento solamente due famiglie ogni 100 ha avuto a che fare con la corruzione, nel Lazio, regione dove il numero di risposte positive è il più alto, sono state ben diciotto.

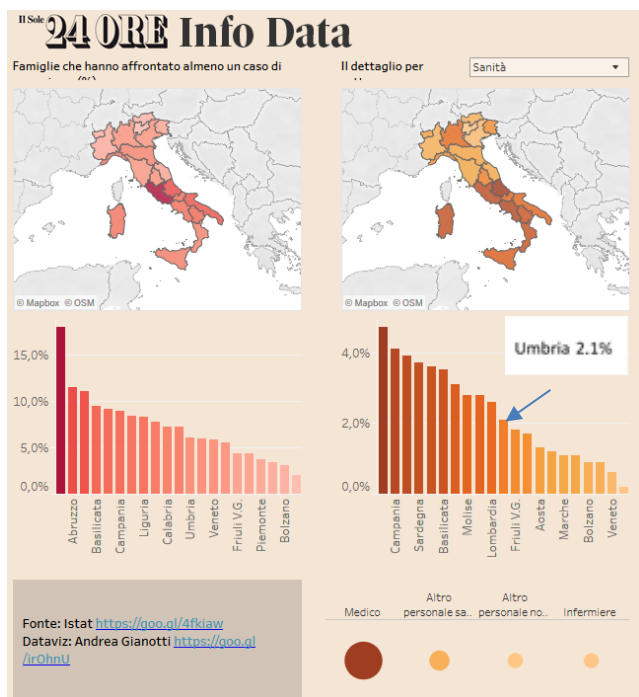


Figura 1 Indagine ISTAT

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 *ictu 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”.

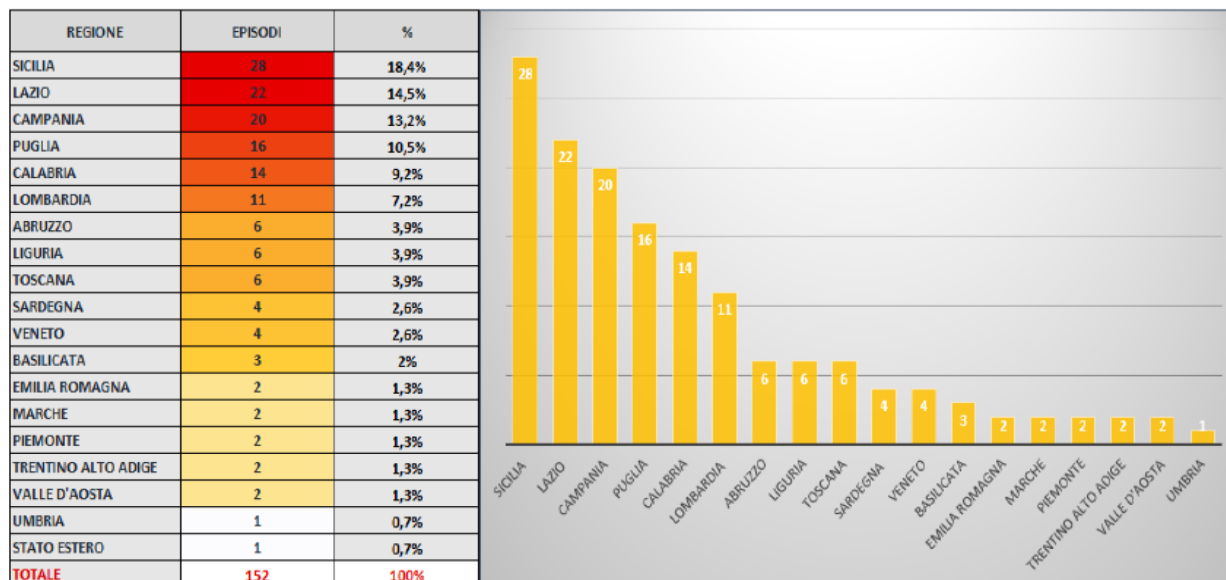


Figura 2 Episodi di corruzione 2016-2019 (fonte ANAC)

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

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

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

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

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

Figura 3 Risultati indagine “Il Sole 24ore” – anno 2022

Analisi del contesto regionale ed aziendale.

Con nota prot. 0014661/2023 il Direttore Generale ed il RPC hanno richiesto il supporto delle Prefetture di Terni e Perugia ai sensi dell'art. 1 comma 6 della L. 190/2012 nell'analisi del contesto esterno.

La Prefettura di Terni (Prot. 0005681 del 30/01/2023) con nota protocollata in ingresso al numero 0023910 del 31/01/2023, 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 della Casa Circondariale in cui sono ristretti anche detenuti sottoposti al regime carcerario di cui all'art. 41bis Ordine 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. N.0046882 del 04/05/2022) con nota protocollata in ingresso al numero 0101401 del 04/05/2022, ha fornito informazioni ponendo l'attenzione sui:

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

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

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

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

In sintesi, 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

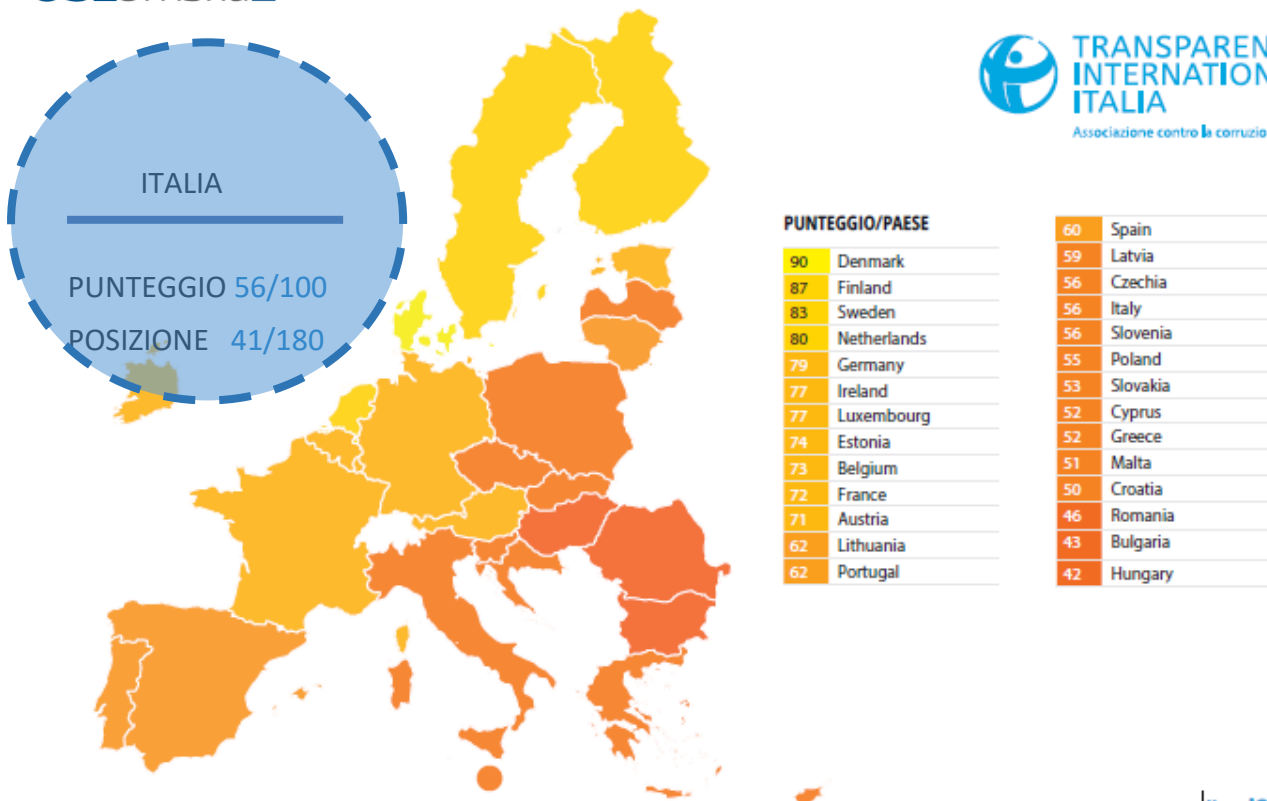
attenzione rafforzando le misure di prevenzione e controllo. Ed è proprio questa stessa attenzione che viene ripresa e permea il P.T.P.C.T. già dai precedenti aggiornamenti, e ne costituisce il filo conduttore che attraversa integralmente tutti i processi, azioni ed attività.

Indice di percezione della corruzione – Transparency International.

L'Indice di Percezione della Corruzione, elaborato annualmente da Transparency International, classifica i Paesi in base al livello di corruzione percepita nel settore pubblico, attraverso l'impiego di 13 strumenti di analisi e di sondaggi rivolti ad esperti provenienti dal mondo del *business*. Il punteggio finale è determinato in base ad una scala che va da 0 (alto livello di corruzione percepita) a 100 (basso livello di corruzione percepita).

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

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



#cpi2022

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

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

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

56

Punteggio dell'Italia
nel CPI2022

41

Posto nel mondo su
180 paesi nel CPI2022

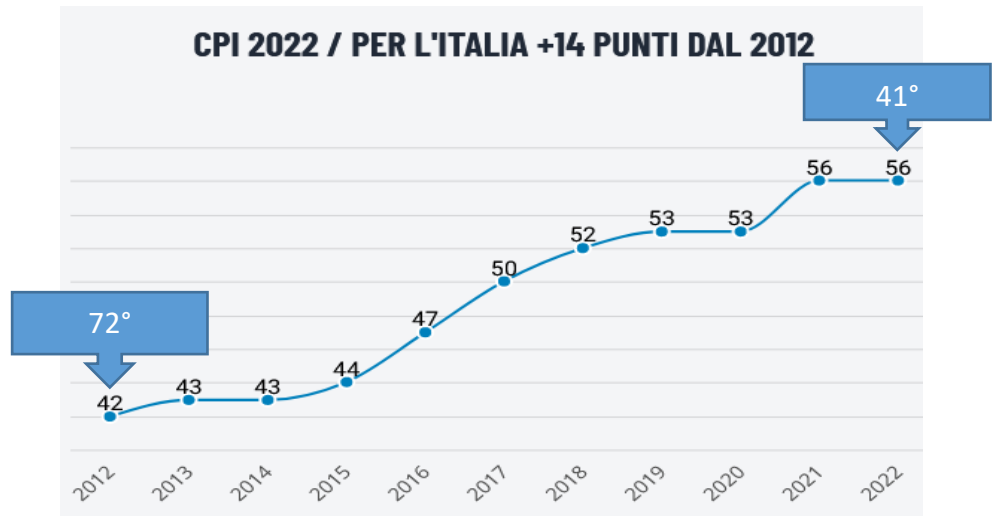


Figura 5 L'indice di Percezione della Corruzione (CPI) di Transparency International

Contesto esterno e Stakeholder.

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

Anche nell’anno 2023, si è proceduto alla diffusione, attraverso la pubblicazione in consultazione sul sito web aziendale, dell’avviso rivolto a stakeholder e dipendenti per consentire a TUTTI di poter contribuire al miglioramento del Piano inviando le proprie osservazioni e suggerimenti. Ciò consente a tutti di avere esatta contezza del contenuto del piano e quindi offre la possibilità di fornire osservazioni concrete e puntuali sulla bozza dell’approvando PTPCT. Tale approccio appare particolarmente significativo in quanto consente sempre di più lo scambio continuo di informazioni, dati e condivisione degli iter procedurali fra l’organo di indirizzo politico, i Servizi Aziendali, i RPC e RT, gli stakeholder ed i cittadini in generale.

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.

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

- sono stati utilizzati i dati più aggiornati fra quelli disponibili
- ci si è avvalsi di dati esposti da altri soggetti pubblici anche se destinati allo svolgimento di altri fini

- il RPC ed il RT hanno collaborato con gli altri responsabili delle sezioni nella predisposizione dell'analisi del contesto interno, in particolare con chi si occupa di performance, organizzazione e capitale umano
- I dati relativi all'organizzazione dell'amministrazione sono riportati nella relativa sezione del PIAO ove vengono descritte in modo chiaro e conciso i dati strutturali e organizzativi dell'amministrazione (numero di dipendenti, struttura, posizioni dirigenziali, posizioni organizzative, risorse finanziarie a disposizione dell'ente, articolazioni territoriali, ecc.).

Il Contesto interno e la pandemia

Per quanto concerne le attività coinvolte nel recentissimo fenomeno pandemico, restano valide le indicazioni della Corte dei Conti che, nelle "Linee di indirizzo per i controlli interni durante l'emergenza da Covid-19", approvate con delibera n. 18/2020/INPR, ha evidenziato l'opportunità di potenziare il sistema dei controlli, prendendo in considerazione tutte le tipologie di controllo interno (regolarità amministrativa e contabile; di gestione, compreso il sistema dello smart working; strategico; degli equilibri finanziari; sugli organismi gestionali esterni e sulle società partecipate non quotate; sulla qualità dei servizi e prevenzione del rischio).

La pandemia ha fatto emergere da un lato, il grande spirito di abnegazione del personale sanitario nel prodigarsi per dare risposte ai cittadini, ma ha anche messo in luce debolezze già note ma le cui criticità non erano mai emerse così violentemente quali l'estensione della popolazione anziana, la crescita delle malattie croniche, i cambiamenti a livello sociale che hanno reso più fragili le famiglie, la conseguenza dei tagli alla spesa sanitaria, gli scarsi investimenti strutturali, il blocco del turn over e la necessità di potenziare i servizi territoriali.

Nonostante ciò, sia in questa fase che in quella post covid, i temi dell'integrità dei comportamenti, della equità e della trasparenza assumeranno ancora più rilievo per il corretto dispiego delle risorse e per l'esercizio di un adeguato controllo.

I necessari adeguamenti causati dall'emergenza COVID non hanno comunque determinato lo 'stravolgimento' degli elementi essenziali della strategia aziendale per la prevenzione della corruzione e la promozione della legalità e della trasparenza, che continuano ad essere fondati sugli aspetti già tracciati anche dai precedenti PTPCT e messi progressivamente a punto sulla base dell'esperienza.

Nonostante ciò, alcune di queste 'novità' sistemiche necessitano di essere approfondite anche sul piano degli aspetti di prevenzione dell'illegalità e degli episodi di 'cattiva amministrazione'. Si tratta delle seguenti:

- semplificazione e monitoraggio delle procedure di affidamento di appalti e contratti
- ricevimento di donazioni liberali da privati
- gestione dei vaccini per il COVID: prevenzione di episodi di favoritismo, sottrazione o dispersione
- *Smart Working*: transizione dall'emergenza ad una modalità organizzativa stabilmente regolata.

- Recupero dell'arretrato di prestazioni sanitarie non erogate nei tempi previsti causa pandemia

Il tema dei controlli sull'acquisizione di beni e servizi e sullo *smart working* del personale è messo in particolare evidenza anche dalla Corte dei Conti, in uno specifico documento approvato dalla Sezione per le Autonomie con deliberazione n. 18/SEZAUT/2020/INPR del 7.10.2020, che formula Linee di indirizzo per i controlli interni durante l'emergenza da COVID-19.

Personale e strutture

Per far fronte alla emergenza pandemica l'art. 8 del Decreto-Legge 9 marzo 2020 n.14 ha istituito le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (U.S.C.A.) trasformate poi U.C.A. volte ad implementare la gestione dell'emergenza sanitaria per l'epidemia da COVID-19 nell'ambito dell'assistenza territoriale.

Le UCA effettuano assistenza per la gestione domiciliare a favore dei pazienti COVID-19 probabili o confermati che non necessitano di ricovero ospedaliero e pazienti sospetti di infezione da COVID-19 in stretto rapporto con il Dipartimento di Prevenzione, i MMG e PLS e gli specialisti dell'Azienda (per es. pneumologi).

L'emergenza Covid ha imposto anche una revisione dell'organizzazione della rete ospedaliera, di seguito si riportano le principali attività effettuate:

- Temporanea riconversione della rete ospedaliera (ampliamento o trasformazione dei posti letto, istituzione reparti COVID...)
- Realizzazione nei Pronto Soccorso di DEA di primo livello di aree di grigio di prima osservazione
- Allestimento dei *drive-through*
- Potenziamento attività Igiene e Sanità Pubblica

Per quel che riguarda gli anni 2020 e 2021, la pandemia Covid-19 ha fortemente condizionato anche il reclutamento del personale. Numerosi operatori (medici, infermieri, operatori socio sanitari...) hanno sottoscritto un contratto di collaborazione con l'ASL senza l'effettuazione di un concorso pubblico, ma rientranti in quelle figure per il potenziamento delle risorse umane del servizio sanitario nazionale legate alle esigenze derivanti dall'emergenza Covid.

Significativi sono anche i servizi che l'ASL esternalizza, affidandoli a ditte private. Tra questi, quelli che hanno maggior rilevanza, sia per l'attività svolta, che per il costo a carico dell'azienda, interessano le seguenti aree: pulizie, servizio di lavanolo, facchinaggio, gestione rifiuti, ristorazione, magazzino e reti informatiche.

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

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

1. Dimensioni territoriali estremamente dilatate.
2. Estrema eterogeneità delle funzioni e compiti istituzionali da compiere.
3. Alta complessità organizzativa.
4. Tasso di anzianità della popolazione particolarmente elevato

5. Elevato numero di dipendenti. L'elevato numero in valore assoluto dei dipendenti costituisce ovviamente un elemento molto critico a causa della complessità gestionale. Ma l'estrema frammentazione sul territorio delle strutture e dei servizi, porta ad una ulteriore criticità in quanto, seppur apparendo alto il numero dei dipendenti, in realtà i singoli reparti/servizi si trovano ad erogare prestazioni in "emergenza" numerica.

6. Mission aziendale estremamente complessa

a. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

b. Assistenza Distrettuale, vale a dire le attività ed i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi capillarmente sul territorio. I Distretti sono articolati in Centri di Salute, suddivisi in Punti di Erogazione Servizi (PES) per facilitare i cittadini nella fruizione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie nel territorio.

c. Assistenza Ospedaliera, in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in day hospital e day surgery.

d. L'USL Umbria n. 2 eroga le prestazioni sanitarie previste nei LEA a favore della popolazione detenuta ristretta nella Casa di Reclusione di Spoleto, nella Casa di Reclusione di Orvieto e nella Casa Circondariale di Terni dal 14 giugno 2008, data di entrata in vigore di un dispositivo normativo che ha trasferito le competenze in materia di sanità penitenziaria dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale.

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

1. chiara definizione di ruoli e responsabilità;

2. segregazione delle funzioni;

3. presenza di strumenti di programmazione che iniziano a muoversi con coerenza verso l'obiettivo di contrasto alla corruzione valorizzando anche la cultura dell'etica (Piano delle performance, bilancio, carta dei servizi, piano formativo aziendale...);

4. alta informatizzazione delle procedure aziendali (delibere/determine, assegnazione atti attraverso il protocollo, contabilità aziendale...);

5. alta presenza di atti regolamentari aziendali che disciplinano le varie procedure interne aziendali e che tendono ad eliminare margini di discrezionalità troppo ampi e a standardizzare metodologie organizzative;

6. attivazione percorsi formativi;

7. adozione di procedure nel rispetto della certificazione di qualità ISO 9001:2008;

8. l'attività svolta in Azienda viene analizzata, in particolare attraverso la mappatura dei processi, al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultano potenzialmente esposte a rischi corruttivi. Il risultato di tale mappatura è contenuto nel presente piano.

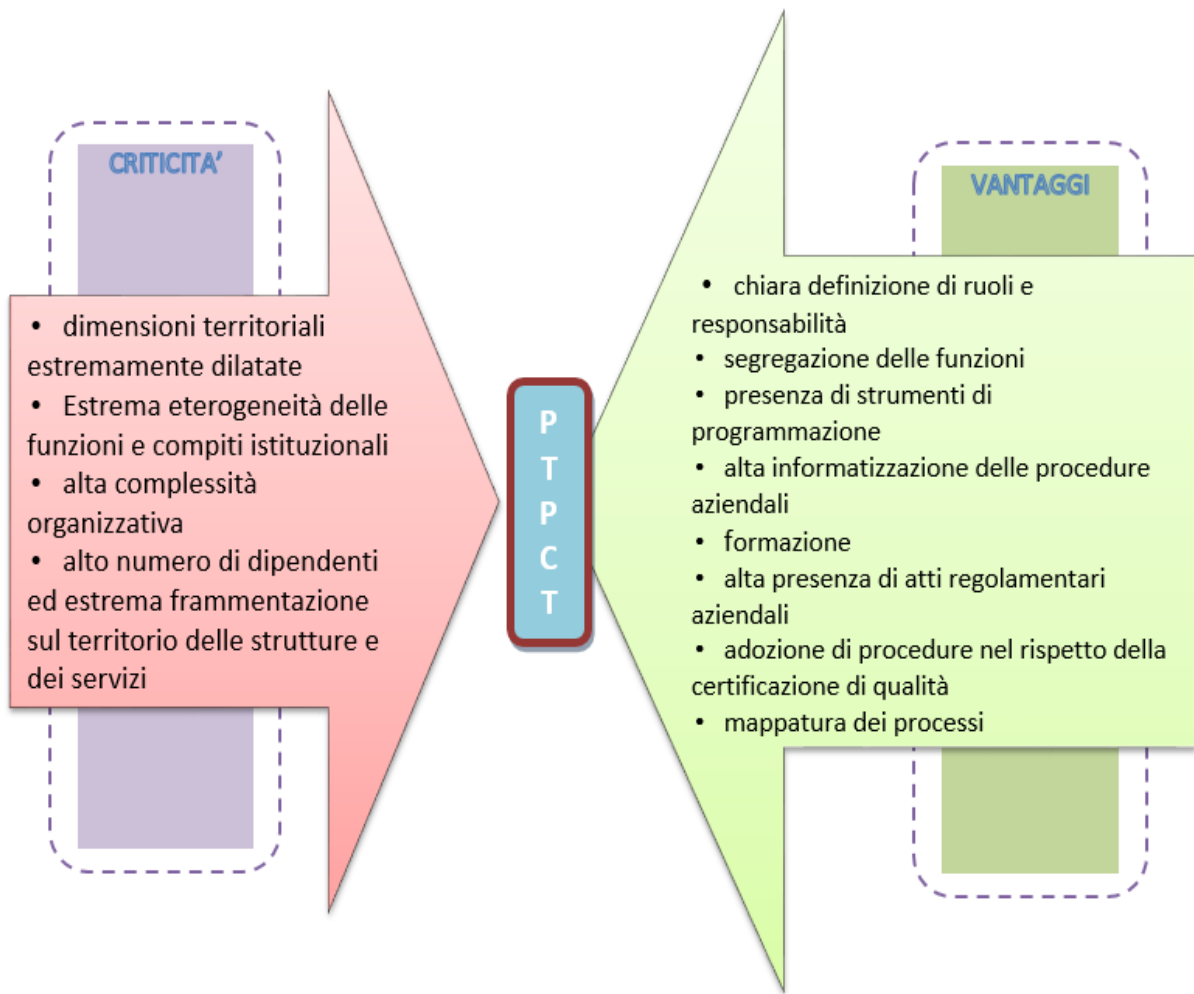


Figura 6 Risultati dell'analisi del contesto interno

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

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

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

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



Figura 7 Risultati dell'analisi del contesto interno

SINTESI ANALISI DEL CONTESTO - ANALISI S.W.O.T.

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

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

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

	POSITIVI	NEGATIVI
FATTORI INTERNI	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Chiara definizione di ruoli e responsabilità ◆ Segregazione delle funzioni ◆ Presenza di strumenti di programmazione coerenti con contrasto alla corruzione ◆ Alta informatizzazione delle procedure aziendali ◆ Alta presenza di atti regolamentari aziendali ◆ Attivazione percorsi formativi in materia ◆ Adozione di procedure nel rispetto della certificazione di qualità ISO 9001:2008; ◆ Mappatura di tutti i processi 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Dimensioni territoriali estremamente dilatate ◆ Estrema eterogeneità delle funzioni e compiti istituzionali da compiere. ◆ Alta complessità organizzativa. ◆ Alto numero di dipendenti ◆ Complessità della mission aziendale
FATTORI ESTERNI	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Disponibilità nuove tecnologie ◆ Percezione della reputazione dell'Azienda ◆ Investimenti in sanità ◆ Modifiche normative 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Popolazione con alto tasso d'anzianità ◆ Fenomeno pandemico ancora ben marcato ◆ Pressioni dal contesto territoriale ◆ Gestione rapporti inter-istituzionali ◆ Scarso percezione della prevenzione della corruzione ◆ Percezione della reputazione dell'Azienda ◆ Crisi economica del Paese ◆ Emergenze sanitarie: patologie croniche e malattie infettive ◆ Continua evoluzione normativa generale e specifica dell'Ente ◆ Scarsa partecipazione degli stakeholder nel processo di formazione del Piano ◆ Possibilità di infiltrazioni criminali in relazione alle procedure di attuazione degli obiettivi del PNRR e del Piano Sanitario Regionale, che convogliano ingenti risorse nel bilancio aziendale ◆ Possibilità di pressioni esterne in relazione al reclutamento del personale per fonteggiare l'emergenza pandemica COVID 19

Figura 8 Risultati dell'analisi

VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

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

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

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

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

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

L'Azienda concorre alla più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Umbria non limitandosi a garantire prestazioni sanitarie ma perseguendo l'obiettivo "salute" inteso quale miglioramento complessivo della qualità della vita della popolazione, secondo un approccio sinergico ed integrato per lo sviluppo economico, di tutela ambientale, dell'urbanistica, dei trasporti, dell'agricoltura, dello sport e tempo libero, per l'impatto che le stesse hanno sullo stato di salute. Fondamentale è la relazione con i vari stakeholder che entrano nel sistema di produzione dei servizi: privato accreditato, organismi e istituzioni del Terzo Settore, forme di associazionismo strutturato e gruppi di auto – mutuo aiuto. Un ruolo di rilievo viene riconosciuto alle Autonomie

Locali cui spetta una funzione di garanzia dei bisogni delle comunità. La visione strategica dell'azienda e sviluppare integrazioni, alleanze e strategie sia all'interno dell'organizzazione con lo sviluppo dei processi di aziendalizzazione e responsabilizzazione della dirigenza su obiettivi e risultati, sia all'esterno per arricchire il capitale sociale esistente e migliorare l'offerta dei servizi.

INNOVAZIONE E DIGITALIZZAZIONE, SEMPLIFICAZIONE E REINGEGNERIZZAZIONE

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

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

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

In tale ottica l'Azienda, 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 a 4.935.405,50 €.

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

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

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

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

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

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

Pertanto sono individuati come prioritari gli interventi mirati:

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



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

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

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

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

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

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

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

CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)									
Comune	Localizzazione	Tipologia	Finanziamenti						
			Ex art. 20	PNRR			ToT. Finanziamento	Note inerenti intervento finanziato con PNRR	Superficie Lorda afferente la Centrale Operativa Territoriale
				Infrastruttura edilizia	Interconnessione aziendale	Device			
SPOLETO	Via Aldo Manna	Spoke Modulo 1		73.075,00	71.071,00	96.716,00	240.862,00		50
SPOLETO	Via Aldo Manna	Spoke Modulo 2		73.075,00	71.071,00	96.716,00	240.862,00		50
Terni	Viale Trieste	Spoke Modulo 1		273.075,00	71.071,00	96.716,00	440.862,00		100
Terni	Viale Trieste	Spoke Modulo 2		273.075,00	71.071,00	96.716,00	440.862,00		100
Fondi disponibili PNRR Interventi AUSL 2				692.300,00	284.284,00	386.864,00			
COMPONENT 2									
Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile - PNRR									
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									
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".

Si precisa che, La Regione Umbria ad oggi non ha ancora individuato per l'anno 2023 gli obiettivi da assegnare al Direttore Generale dell'USL Umbria 2.

Pertanto, l'Azienda si riserva di aggiornare il presente documento a seguito dell'approvazione degli obiettivi regionali per l'anno 2023 e di eventuali nuove disposizioni regionali e/o ministeriali.

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	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
					complessivo regionale		
		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 L'obiettivo è raggiunto se sono soddisfatti entrambi gli indicatori	N. referenti individuati/N. referenti previsti = 100%	31/12/2022	100% = 100% risultato
					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

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
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 integrazione socio-sanitaria	31/12/2022	100% = 100% risultato
		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 inerite 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</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
					riferimento anche per l'AO di Terni		
10	Governo delle liste di attesa chirurgiche	O10a	Ospedale	Recupero degli interventi chirurgici sospesi come da piano di recupero delle liste di attesa	<p>N. interventi chirurgici recuperati/n. interventi chirurgici sospesi inseriti nel piano (cfr. cronoprogramma recupero interventi chirurgici del piano operativo allegato alla DGR 347/2022:</p> <ul style="list-style-type: none"> - recupero classe complessità 1 =100% - recupero classe complessità 2 = 70% - recupero classe complessità 3= 60% - recupero ambulatoriali = 55% <p>N.B: L'obiettivo è raggiunto se sono rispettate tutte le % di recupero</p>	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	<p>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</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
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
		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 O05" 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 colecistomie 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.

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

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

Obiettivi AREA STRATEGICA A - GOVERNARE L'EQUILIBRIO ECONOMICO FINANZIARIO

Codice	Sub Area	OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
A.1	RAZIONALIZZAZIONE DEI COSTI E DEI PROCESSI PER L'ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI	Evitare ricorso a proroghe contrattuali	N procedure di gara definite e espletate nei tempi / Totale gare a scadenza da definire e espletare di competenza del servizio	100%	100%	100%
		Garantire l'esecuzione delle gare CRAS: Garantire che le gare avviate da CRAS, non programmate, di competenza di questa Azienda, siano inferiori all'5%	numero gare CRAS non programmate/totale gare CRAS effettuate	100%	100%	100%
		Garantire l'esecuzione delle gare CRAS: Garantire il 95% di inserimento dei nuovi prodotti con codifiche uniformi con le altre Aziende	Codifica Nuovi prodotti unica/Totale nuovi prodotti	100%	100%	100%
		Gestione Risorse assegnate in forma delegata dal Distretto attraverso il controllo e il monitoraggio del budget assegnato	Monitoraggio fattori produttivi, rendicontazione trimestrale al Distretto e al CdG per la verifica della spesa	100%	100%	100%
		Monitoraggio Prezzi di riferimento Beni e Servizi: Almeno 2 monitoraggi annui da trasmettere alla Direzione strategica e al CdG	2 invii	100%	100%	100%
		Nodo Smistamento Ordine: Garantire il monitoraggio mensile del NSO mediante trasmissione alla Regione	Invio alla Regione dei dati richiesti tempestivamente	100%	100%	100%
		Nodo Smistamento Ordine: Garantire la corretta compilazione nella procedura SAP degli ordini per l'invio in NSO evitando gli scarti	Ordini scartati = 0	100%	100%	100%
A.2	GESTIONE CICLO PASSIVO	Contabilizzazione fatture parcheggiate	Fine anno 0 fatture parcheggiate	100%	100%	100%
		Garantire la completezza delle informazioni trasmesse e l'allineamento delle stesse con le risultanze del sistema contabile: Assenza di errori	ERRORI 0	0%	0%	0%
		Garantire la comunicazione mediante la PCC dell'ammontare complessivo dello stock dei debiti commerciali residui scaduti e non pagati alla fine dell'esercizio precedente	Si/No	si	si	si
		Rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori nel rispetto delle procedure amministrative contabili inerenti il ciclo passivo	[M0435_1] Pagamento debiti entro la scadenza	= 100%	= 100%	= 100%
A.3	GESTIONE CO.AN.	Emissione di tutti gli ordini previsti in modalità elettronica e trasmissione al Nodo Smistamento Ordini (NSO), in attuazione alla normativa vigente	[M0117] Assenza errori e/o scarti da parte di NSO	>= 95%	>= 95%	>= 95%
		Garantire il corretto utilizzo delle risorse con garanzia della corretta alimentazione della contabilità analitica a seguito dell'adozione da parte del ministero dei nuovi modelli economici di cui al D.M. 24/05/2020	[M0104] Congruità emissione ordini con tipologia ordine (Rispetto fattori produttivi e piano CdC)	= 100%	= 100%	= 100%
		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. 24/05/2021	[M0106] tempestività emissione ordine e descrizione Gli ordini devono essere emessi entro il 7 del mese successivo e la descrizione deve riportare il periodo di riferimento	= 100%	= 100%	= 100%
		Garantire la tempestività degli ordini relativi al personale non dipendente (e. incarichi libero professionali)	[M0106_1] Emissione ordine entro il 31 del mese di competenza e corretta imputazione CDC	= 100%	= 100%	= 100%
A.4	CONTENIMENTO COSTI DI COMPETENZA	Effettuazione istruttoria nella valutazione di budget per le strutture dell' Area Centrale, di Staff, Presidi, delle strutture afferenti ai Distretti e di quelle afferenti ai Dipartimenti	Istruttoria effettuata per tutte le strutture che negoziano il budget	= 100%	= 100%	= 100%

Codice	Sub Area	OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
		Monitoraggio dell'andamento della spesa Aziendale mediante la verifica della spesa	Predisposizione dei report mensili e effettuazione dei controlli al fine di predisporre il CE mensile come da indicazioni dalla Regione	= 100%	= 100%	= 100%
		Riduzione dei costi di produzione dei principali fattori produttivi di competenza	Razionalizzazione dei consumi dei principali fattori produttivi: riduzione del 5% rispetto all'anno 2019 a parità di prestazioni	100%	100%	100%

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

Codice	Sub Area	OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
B.1	QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI DIP. PREVENZIONE	Rendicontazione periodica e annuale delle attività di pertinenza attraverso la produzione della reportistica specifica su format definito per le strutture del Dipartimento di Prevenzione	[M0441] Trasmissione reportistica su format stabilito, per trimestre al CdG, entro 30 gg fine trimestre	= 100%	= 100%	= 100%
B.2	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 ai disabili attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente, corretta e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale Atl@nte per alimentare le informazioni sull'assistenza ai disabili	[M0026] % informazioni complete: gg. assistenza CD, validazione presenza, SVAMD informatizzata, FNA GD % di informazioni complete e corrette per l'assistenza ai disabili: inserimento programmazione giornate di assistenza per i centri diurni e validazione della presenza, presenza scheda SVAMD informatizzata per tutti i casi, presenza delle scale FNA per i gravissimi disabili)	= 100%	= 100%	= 100%
		Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali, regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza territoriale per l'assistenza della NPI attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente, corretta e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale Atl@nte per alimentare le informazioni sull'assistenza NPI nel rispetto della procedura aziendale	[M0023] % informazioni complete e corrette: % anagrafiche, % anagrafiche di servizio, % presenza diagnosi % 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)	= 100%	= 100%	= 100%
		Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali, regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza territoriale per l'assistenza della Salute Mentale attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente, corretta e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale Atl@nte per alimentare le informazioni sull'assistenza della salute mentale e il flusso SISM nel rispetto della procedura aziendale	[M0027] % informazioni SISM: anagrafiche, anagrafiche servizio, diagnosi, chiusura progetto in 180 gg. % 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)	= 100%	= 100%	= 100%
		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	[M0022] % informazioni complete e corrette flusso SIAD: % anagrafiche, % anagrafiche servizio, % valutazioni % di informazioni complete e corrette nei tempi previsti per il flusso SIAD (indicatori procedura: % anagrafiche complete e corrette, % anagrafiche di servizio complete e corrette, % valutazioni presenti e complete)	= 100%	= 100%	= 100%

Codice	Sub Area	OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
B.1	QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI DIP. PREVENZIONE	Rendicontazione periodica e annuale delle attività di pertinenza attraverso la produzione della reportistica specifica su format definito per le strutture del Dipartimento di Prevenzione	[M0441] Trasmissione reportistica su format stabilito, per trimestre al CdG, entro 30 gg fine trimestre	= 100%	= 100%	= 100%
		Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali, regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza territoriale per l'assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente, corretta e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale Atl@nte per alimentare le informazioni sull'assistenza agli anziani e il flusso FAR nel rispetto della procedura aziendale	[M0021] % informazioni complete e corrette flusso FAR: % anagrafiche, % anagrafiche servizio, % valutazioni % di informazioni complete e corrette nei tempi previsti per il flusso FAR (indicatori procedura: % anagrafiche complete e corrette, % anagrafiche di servizio complete e corrette, % valutazioni presenti e complete)	= 100%	= 100%	= 100%
		Rendicontazione periodica e annuale delle attività di pertinenza dei Consulenti attraverso la produzione della reportistica specifica su format definito	[M0442_11] Trasmissione reportistica trimestrale su format definito al Controllo di Gestione, entro 30 gg fine trim al controllo di gestione	= 100%	= 100%	= 100%
			Trasmissione reportistica richiesta al Referente Flussi Informativi Territoriali e al Controllo di Gestione su base trimestrale, su format prestabilito, entro 30 giorni dalla chiusura del trimestre	= 100%	= 100%	= 100%
		Rendicontazione periodica e annuale delle attività di pertinenza delle Dipendenze attraverso la produzione della reportistica specifica su format definito	[M0442] Trasmissione reportistica trimestrale su format definito al Controllo di Gestione, entro 30 gg fine trim. Trasmissione reportistica richiesta al Referente Flussi Informativi Territoriali su base trimestrale, su format prestabilito, entro 30 giorni dalla chiusura del trimestre	= 100%	= 100%	= 100%
B.3	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	[M0035] % validazione erogato effettuata in modo attivo per le prestazioni programmate	= 100%	= 100%	= 100%
		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	Controllo sulla % di validazione dell'erogato effettuata in modo attivo per le prestazioni programmate previo ricevimento di reportistica periodica	= 100%	= 100%	= 100%
			[M0035_1] Effettuare la concordanza della classe di priorità prescritta	>= 90%	>= 90%	>= 90%
B.4	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 il controllo sistematico della casistica dei DRG potenzialmente inappropriati con effettuazione dei controlli delle cartelle cliniche	[M0130] Effettuazione controlli 10% CC: verifica di concordanza SDO/cartella clinica Effettuazione controlli sulle cartelle cliniche come da disposizioni ministeriali per la verifica di concordanza SDO/cartella clinica in almeno il 10% della casistica	>= 10	>= 10	>= 10
			[M0131] Effettuazione controlli 2,5% CC: verifica appropriatezza trattamento- allegati 6A e 6B DPCM 2017 Effettuazione controlli sulle cartelle cliniche come da disposizioni ministeriali per la verifica di appropriatezza del trattamento in particolare per la casistica relativa agli allegati 6A e 6B del DPCM 2017 in almeno il 2,5% della casistica	>= 2,50	>= 2,50	>= 2,50

Codice	Sub Area	OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
B.1	QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI DIP. PREVENZIONE	Rendicontazione periodica e annuale delle attività di pertinenza attraverso la produzione della reportistica specifica su format definito per le strutture del Dipartimento di Prevenzione	[M0441] Trasmissione reportistica su format stabilito, per trimestre al CdG, entro 30 gg fine trimestre	= 100%	= 100%	= 100%
		Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali, regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza ospedaliera e del Sistema Informativo Aziendale attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati nel sistema gestionale JHis delle strutture di degenza preposto per alimentare le informazioni sull'assistenza Ospedaliera in regime di ricovero	[M0025] % informazioni complete nei tempi previsti con chiusura delle SDO entro 15 giorni dalla dimissione	= 100%	= 100%	= 100%
B.5	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 dati flussi di governo e dati flussi informativi attività % congruità dei dati inseriti nei flussi di governo con i dati dei flussi informativi delle attività sanitarie	= 100%	= 100%	= 100%
		Monitoraggio della spesa infrannuale in sede di certificazione trimestrale	Elaborazione e trasmissione di almeno 4 Report/anno alla Regione e alla Direzione Aziendale	= 100%	= 100%	= 100%
		Rilevazione del costo della spesa del personale secondo i parametri fissati dal MEF	Elaborazione e trasmissione di almeno 4 Report/anno alla Regione e alla Direzione Aziendale	= 100%	= 100%	= 100%

Obiettivi AREA C - SVILUPPARE E INNOVARE I PROCESSI ORGANIZZATIVI AZIENDALI

Codice	Sub Area	OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
C.3	INNOVAZIONE DEI PROCESSI INTEGRAZIONE TERRITORIO OSPEDALE	Migliorare il 1° accesso agli utenti	Inserire a CUP il 1° accesso	= 100%	= 100%	= 100%
C.5	INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA AREA CENTRALE E TRASVERSAE	Promuovere la riorganizzazione dei servizi ambulatoriali per la presa in carico dei pazienti seguiti dai servizi >95%	N. professionisti che hanno attuato l'agenda 2° livello/Totale professionisti a CUP	= 100%	= 100%	= 100%
		Promuovere l'attivazione delle piastre ambulatoriali	Numero prestazioni di 2° Livello prenotate in piastra sul numero delle prestazioni di 2° livello	100%	100%	100%

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

Codice	Sub Area	OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
D.1	OBIETTIVI DI ATTIVITA' DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Potenziare le strategie della Sorveglianza sanitaria per l'epidemia da Coronavirus in linea con le disposizioni Ministeriali e Regionali	Implementazione del sistema di sorveglianza ECWMED	= 100%	= 100%	= 100%
		Organizzazione delle sedute al fine di garantire l'adesione allo screening di 2° livello	N. esami colonscopia eseguiti/N. persone invitate al 2° livello	>= 75%	>= 75%	>= 75%
		Organizzazione delle sedute al fine di garantire l'estensione degli screening	N. donne chiamate s. mammografie./ N. donne da invitare c.a.	>= 80%	>= 80%	>= 80%

Codice	Sub Area	OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
D.2	OBIETTIVI DI ATTIVITA' DEL TERRITORIO	Migliorare e qualificare l'assistenza ai pazienti al fine di ridurre l'istituzionalizzazione attraverso il potenziamento dei Servizi Semiresidenziali e la rivalutazione dei pazienti inseriti nelle strutture residenziali al fine della promozione della risocializzazione e dell'inclusione socio-lavorativa	[M0252] N. pazienti rivalutati /N. pazienti inseriti nelle strutture residenziali da oltre 24 mesi	>= 70%	>= 70%	>= 70%
		Attuazione "Piano Regionale per l'eliminazione del virus dell'epatite C:modalità operative" attraverso l'aumento dell'accesso allo screening delle persone seguite dai Servizi per le Dipendenze e come da modalità operative individuate favorire l'accesso alla terapia per HCV	[M0290] numero di persone sottoposte al test / numero utenti seguiti	>= 20%	>= 20%	>= 20%
			[M0291] numero di utenti inviati al trattamento	>= 40%	>= 40%	>= 40%
		Contrastare le patologie rilevanti attraverso la qualificazione e il consolidamento dei programmi di screening oncologici su tutto il territorio aziendale con realizzazione del programma annuale dello screening della cervice uterina previsto per il Round	[M0198] N. Esami effettuati/N. pazienti che aderiscono al programma di screening cervice uterina	= 100%	= 100%	= 100%
		Garantire la presa in carico dei bisogni assistenziali ai detenuti con interventi finalizzati alla gestione delle patologie di interesse e di doppia diagnosi in maniera integrata fra Dipartimento delle Dipendenze e Dipartimento della Salute Mentale	[M0277] n° prese in carico effettuate/n° richieste entro 30 gg.	= 100%	= 100%	= 100%
		Migliorare e qualificare l'assistenza nei servizi della neuropsichiatria infantile anche al fine di uniformare le procedure di accoglienza, di presa in carico e di gestione dei percorsi per tutelare la salute dell'età evolutiva assicurando la presa in carico al passaggio all'età adulta	[M0369_1] Rispetto dei tempi di attesa per le visite di primo accesso (30 gg) - neuropsichiatria	>= 90%	>= 90%	>= 90%
		Migliorare e qualificare l'assistenza nei servizi del CSM anche al fine di uniformare le procedure di accoglienza, di presa in carico e di gestione dei percorsi per tutelare la salute mentale nell'intero ciclo di vita con particolare attenzione ai disturbi mentali gravi attraverso azioni che favoriscano l'inserimento sociale e lavorativo e che migliorino la qualità della vita del nucleo familiare	[M0320] Progetti PTRP verificati/Progetti PTRP definiti	= 100%	= 100%	= 100%
			[M0369_11] Rispetto dei tempi di attesa per le visite di primo accesso (30 gg) - CSM	>= 90%	>= 90%	>= 90%
			[M0431] Tasso utilizzo PL Hospice	>= 75%	>= 75%	>= 75%
			N. pazienti seguiti a domicilio dalle UCP/ n. richieste arrivare all'UCP	= 100%	= 100%	= 100%
		Potenziare, migliorare e qualificare l'assistenza ai malati terminali anche attraverso la presa in carico precoce in cure palliative	N. ricovero Hospice pz. oncologici non assistiti con gg < 7 giorni /N. ricoveri H pz. oncologici Numero di ricovero in Hospice di malati con patologia oncologica provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio non assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni sul numero di ricovero in Hospice di malati con patologia oncologica	>= 50%	>= 50%	>= 50%
		Promuovere la prevenzione delle malattie	[M0034] % utenti totali presi in carico nel Presidio Carcere e Centro Terapeutico per le Dipendenze	= 100%	= 100%	= 100%

Codice	Sub Area	OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
D.3	OBIETTIVI DI ATTIVITA' OSPEDALIERE	Abbattimento liste d'attesa interventi operatori	% Prestazioni Chirurgiche classe A interventi per tumore rene nei tempi previsti	= 100%	= 100%	= 100%
		arantire i tempi di attesa per gli interventi chirurgici nel rispetto del PRGLA	[M0514] Prestazioni. Chirurgiche di classe A e B sottoposte a monitoraggio. ministeriale. erogate nei tempi previsti	>= 80%	>= 80%	>= 80%
		Assicurare un adeguato recupero funzionale dei pazienti con disabilità attraverso la presa in carico precoce dal reparto per acuti ed il potenziamento dell'assistenza riabilitativa in regime di ricovero	[VP0430] Tasso di utilizzo posti letto riabilitazione	>= 90%	>= 90%	>= 90%
		Corretta tenuta delle liste d'attesa per i ricoveri in elezione	[M0508] Data ricovero > Data prenotazione	= 100%	= 100%	= 100%
		Miglioramento degli iter di presa in carico dei percorsi per lo screening oncologico della cervice uterina con garanzia di tempi di attesa congrui per le indagini di approfondimento	[M0402] Rispetto tempo di attesa per colposcopia - cervice uterina	>= 75% entro 30 gg	>= 75% entro 30 gg	>= 75% entro 30 gg
		Migliorare l'assistenza ostetrica e pediatrica/neonatologica nel periodo perinatale con rispetto dei volumi e delle soglie di rischio ed esito	[VP0097] C7.1 % cesarei depurati (NTSV)	<= 16,50%	<= 16,50%	<= 16,50%
		Promuovere l'efficienza degli interventi di presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche	[VP0304] Percentuale di re- ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	<= 18,00%	<= 18,00%	<= 18,00%
			[VP0429] Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente >18 aa	<= 18,00%	<= 18,00%	<= 18,00%
Promuovere l'utilizzo di appropriato del setting assistenziali (regime ordinario, regime diurno, ambulatorio)	[VP0084] C14.2 - Percentuale ricoveri in dh medico con finalità diagnostica	<= 18,00%	<= 18,00%	<= 18,00%		
D.4	OBIETTIVI DI ATTIVITA' AMBULATORIALI	Arricchire il ventaglio della tipologia dei pz da arruolare alla degenza in Riabilitazione cardiologica con gestione del follow-up del pz affetto da Scompenso cardiaco e dei pazienti in trattamento con anticoagulante orale con NAO in supporto ai MMG	[M0141] Garanzia di continuità terapia con NAO-redazione e consegna del piano terapeutico Garanzia di continuità della terapia con NAO, e ottimizzazione della stessa, attraverso la redazione e la consegna del piano terapeutico indispensabile per il medico curante per poter erogare al pz la ricetta utile al ritiro del farmaco.	= 100%	= 100%	= 100%
		Arricchire il ventaglio della tipologia dei pz da arruolare alla degenza in Riabilitazione cardiologica con gestione del follow-up del pz affetto da Scompenso cardiaco e dei pazienti in trattamento con anticoagulante orale con NAO in supporto ai MMG	[M0358] Tasso delle riospedalizzazioni	<= 80%	<= 80%	<= 80%
		Arricchire il ventaglio della tipologia dei pz da arruolare alla degenza in Riabilitazione cardiologica con gestione del follow-up del pz affetto da Scompenso cardiaco e dei pazienti in trattamento con anticoagulante orale con NAO in supporto ai MMG	[M0360] Riduzione delle riacutizzazioni	<= 80%	<= 80%	<= 80%
		Assicurare un'adeguata offerta di prestazioni diagnostiche per pazienti ricoverati rilevando l'appropriatezza prescrittiva dei servizi	Rilevazione quadrimestrale delle prestazioni richieste dai servizi a rischio di inapproprietezza. Invio report al CdG	= 100%	= 100%	= 100%
		Garantire adeguati standard prestazionali al fine di assicurare tempestività della fase diagnostica	[M0016_1] % di esami anatomopatologici refertati entro 20gg dall'accettazione	>= 95%	>= 95%	>= 95%
		Garantire l'accuratezza diagnostica e la tempestività di refertazione per	[M0129] Diagnosi confermate/totale diagnosi	= 100%	= 100%	= 100%

Codice	Sub Area	OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
		l'Anatomia Patologica al fine di ridurre i tempi di diagnosi soprattutto per le patologie con sospetto oncologico, rare attraverso la doppia lettura e ridurre i tempi di chiusura delle SDO	[M0199] N. esami refertati entro 15 gg/ totale esami Tempestività invio referto anatomia patologica ai fini della definizione tempestiva delle diagnosi e della chiusura delle SDO N. esami refertati entro 15 gg/ totale esami	>= 98%	>= 98%	>= 98%
			[M0439] Trasmissione al PO report referti consegnati e referti in corso-evidenza data arrivo pezzo in A.P. Trasmissione al presidio ospedaliero del report dei referti consegnati e dei referti in corso, con evidenza della data di arrivo del pezzo in anatomia patologica	= 100%	= 100%	= 100%
		Gestione presa in carico dell'utente	N.prescrizioni 2° livello (no MMG) / totale erogato	>= 90%	>= 90%	>= 90%
		Promuovere il miglioramento dell'accessibilità ai servizi attraverso la garanzia di tempi di attesa congrui per l'esecuzione delle prestazioni per interni al fine di ridurre le giornate di degenza inappropriate	[M0016] % esami di anatomia patologica refertati entro 15 gg	>= 90%	>= 90%	>= 90%
			[M0017] % esami diagnostica per immagini per interni refertati entro 1 gg da esecuzione	>= 90%	>= 90%	>= 90%
			[M0392] Rispetto tempo consegna referti-10 gg. lavorativi biopsia endoscopica gastrica anatomia patologica Tempo medio di attesa per il rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture 10 gg. lavorativi per biopsia endoscopica gastrica anatomia patologica	<= 10 gg	<= 10 gg	<= 10 gg
			[M0393] Rispetto tempo consegna referti-2 gg. lavorativi per ecografie richiesti non urgenti Tempo medio di attesa per il rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture 2 gg. lavorativi per ecografie richiesti non urgenti	<= 2 gg	<= 2 gg	<= 2 gg
			[M0394] Rispetto tempo consegna referti-2 gg. lavorativi per esami RX richiesti non urgenti Tempo medio di attesa per il rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture 2 gg. lavorativi per esami RX richiesti non urgenti	<= 2 gg	<= 2 gg	<= 2 gg
			[M0395] Rispetto tempo consegna referti-3 gg. lavorativi per angiografia Tempo medio di attesa per il rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture 3 gg. lavorativi per angiografia	<= 3 gg	<= 3 gg	<= 3 gg
			[M0396] Rispetto tempo consegna referti-3 gg. lavorativi per immunoematologia Tempo medio di attesa per il rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture 3 gg. lavorativi per immunoematologia	<= 3 gg	<= 3 gg	<= 3 gg
			[M0399] Rispetto tempo consegna referti-3 gg. lavorativi per laboratorio settore clinica-chimica Tempo medio di attesa per il rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle	<= 3 gg	<= 3 gg	<= 3 gg

Codice	Sub Area	OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
			strutture 3 gg. lavorativi per laboratorio settore clinica- chimica			
			Rispetto tempo consegna referti-3 gg. lavorativi per la RMN richiesti Tempo medio di attesa per il rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture 3 gg. lavorativi per la RMN richiesti non urgenti	>= 3 gg	>= 3 gg	>= 3 gg
			Rispetto tempo consegna referti-3 gg. lavorativi per la TAC richiesti non urgenti Tempo medio di attesa per il rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture 3 gg. lavorativi per la TAC richiesti non urgenti	<= 3 gg	<= 3 gg	<= 3 gg
D.5	OBIETTIVI DI ATTIVITA' AREA CENTRALE E TRASVERSALI	Attuazione dei programmi di Radioprotezione: Sicurezza operatori e popolazione (D. Lgs. 101/2020 e s.m.i.)	[M0368] Rispetto dei limiti di dose previsti per gli operatori esposti a rischio da rx e per la popolazione	= 100%	= 100%	= 100%
		Promuovere l'attuazione del programma di assicurazione di qualità (D. Lgs. 101/2020) per la radiodiagnostica, medicina nucleare, radioterapia	[M0386] Rispetto periodicità e criteri accettabilità previsti dai protocolli operativi entro dicembre c.a.	= 100%	= 100%	= 100%
		Analisi periodica della tipologia di assenza del personale dipendente	Reportistica trimestrale	100%	100%	100%
		Assicurare la capillare informazione ai cittadini delle scelte operate dalla Direzione Aziendale - Promuovere le azioni di comunicazione esterna per promuovere le attività intraprese dall'Azienda e facilitare l'accesso e l'uso appropriato dei servizi	[M0327] Pubblicazione nel sito aziendale	= 100%	= 100%	= 100%
			[M0328] Pubblicazione nel sito aziendale della nuova carta dei servizi entro 31.12 c.a.	= 100%	= 100%	= 100%
		Completamento censimento a livello aziendale e successivo aggiornamento del Regolamento Beni Mobili	[M0310] Presentazione entro 31.12 c.a.	= 100%	= 100%	= 100%
		Corretta tenuta dell'inventario inerente l'acquisto delle attrezzature sanitarie	Tutti i beni collaudati devono essere inventariati e inseriti in SAP	Inserimento 100% beni	Inserimento 100% beni	Inserimento 100% beni
		Efficientamento beni e servizi	[M0367] Rispetto articoli specifici (DL.95/2012 convertito in L. 135/2012)	= 100%	= 100%	= 100%
			Attuazione nel rispetto dell'art. 17, co 1 lett.a) legge 111/2011, dell'art.15 c.13 lett.a),b),d),e) del D.L. 95/5012 convertito in legge 135/2012, dell'art.9 c.7. Legge n. 89/2014, dell'art.10 c.3. Legge n. 89/2014.	= 100%	= 100%	= 100%
		Elaborazione delle proposte di protocolli/convenzioni con i Comuni	[M0158] Invio dei protocolli/convenzioni	= 100%	= 100%	= 100%
		Elaborazione Report/Reclami/Elogi	[M0338_1] Relazione annuale - Report Reclami Elogi	= 100%	= 100%	= 100%
		Funzione di interfaccia tra Direttore Generale e Uffici Regionali preposti all'accreditamento istituzionale per le attività relative a politiche e strategie di accreditamento	[M0381_1] Rispetto delle azioni previste nel cronoprogramma regionale	= 100%	= 100%	= 100%
		Garantire il rispetto per l'attuazione dell'art. 1, commi da 865 a 872 della Legge n. 145/2018 (comunicazione/allineamento dello stock del debito)	[M0118] Allineamento del debito commerciale residuo	= 100%	= 100%	= 100%
Garantire la partecipazione ai tavoli sindacali a supporto della Direzione Strategica	N. incontri partecipati/N. incontri programmati	100%	100%	100%		

Codice	Sub Area	OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
		Garantire l'attuazione delle misure di razionalizzazione della spesa come richiesto dal tavolo MEF e Corte dei Conti	Attuazione della normativa e trasmissione relazione al Servizio Beni e Servizi	= 100%	= 100%	= 100%
		Garantire le corrette modalità organizzative ed erogante per la gestione della sorveglianza sanitaria	[M0380] Rispetto del programma delle visite	= 100%	= 100%	= 100%
		Garantire le corrette modalità organizzative ed erogante per la gestione delle attività della prestazioni ambulatoriali, il contenimento dei tempi di attesa e l'equità di accesso ai servizi ambulatoriali	[M0240] N. servizi che provvedono alla validazione/N. servizi totali che devono provvedere alla validazione Numero servizi che provvedono alla validazione /numero servizi totali che devono provvedere alla validazione	= 100%	= 100%	= 100%
		Gestione medico legale dei sinistri nel rispetto della procedura aziendale	[M0238] N. schede valutazione inserite/previste	= 100%	= 100%	= 100%
		Perseguimento del Programma di Accreditamento istituzionale, promuovendo la cultura della qualità dei Servizi Aziendali individuati per il 2023	[M0040] Adeguamento progressivo ai nuovi requisiti ISO 9001:2015 e ai nuovi requisiti accreditamento..	= 100%	= 100%	= 100%
			[M0197] N. documenti aggiornati(N. documenti previsti entro c.a.)	= 100%	= 100%	= 100%
			Supportare l'organizzazione aziendale all'adeguamento dei nuovi requisiti ISO 9001:2015 e ed ai nuovi requisiti accreditamento istituzionale	= 100%	= 100%	= 100%
		Promozione della cultura della gestione di qualità attraverso la definizione dei programmi di informazione, formazione e addestramento del personale	[M0316] Presentazione del piano entro ottobre c.a.	= 100%	= 100%	= 100%
		Promozione della cultura della sicurezza attraverso la definizione dei programmi di informazione, formazione e addestramento dei lavoratori	[M0315] Presentazione del piano entro marzo c.a.	= 100%	= 100%	= 100%
		Promozione dell'aggiornamento del protocollo sanitario per la sorveglianza sanitaria	[M0339] Relazione annuale contenente le priorità di intervento e gli obiettivi specifici	= 100%	= 100%	= 100%
		Promozione dell'aggiornamento delle posizioni di esenzione per le patologie croniche	[M0217] N. posizioni aggiornate/n. posizioni da aggiornare	= 100%	= 100%	= 100%
		Promuovere azioni di monitoraggio specifiche per tenere sotto controllo i tetti di spesa, il rispetto dei vincoli relativi al costo dei beni sanitari e il raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza	[M0351] Rendicontazione su base SEMESTRALE con analisi casistiche e proposte di intervento mirato	= 100%	= 100%	= 100%
		Promuovere il miglioramento della gestione dei flussi informativi della mobilità sanitaria	[M0384] Rispetto indicatori procedura - mobilità sanitaria	= 100%	= 100%	= 100%
		Promuovere il miglioramento della gestione dei flussi informativi delle attività territoriali	[M0385] Rispetto indicatori procedure specifiche	= 100%	= 100%	= 100%
		Promuovere il miglioramento della gestione dei flussi informativi di governo	[M0384_1] Rispetto indicatori procedura - flussi informativi	= 100%	= 100%	= 100%
		Promuovere l'applicazione delle metodologie e strumenti di provata efficacia per l'analisi, la valutazione ed il controllo del rischio clinico e degli eventi avversi	[M0049] Aggiornamento del Profilo di rischio clinico ed adozione del piano di attività	= 100%	= 100%	= 100%
		Promuovere e qualificare le attività dei servizi trasversali dell'area centrale individuando obiettivi specifici per il raggiungimento degli obiettivi aziendali assegnati dalla Regione, delle performance di livello aziendale e dei risultati di miglioramento nelle aree di maggiore criticità.	[M0312] Presentazione analisi contenente obiettivi e indicatori specifici entro il settembre c.a.	= 100%	= 100%	= 100%
		Promuovere il miglioramento della gestione delle fatture parcheggiate	[M0241] N. solleciti ai servizi/n. fatture parcheggiate	= 100%	= 100%	= 100%

Codice	Sub Area	OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
		Promuovere il Miglioramento della performance nell'utilizzo delle sale operatorie nel rispetto del Progetto Ministeriale "Riorganizzazione dell'attività chirurgica per setting assistenziali e complessità di cura"	[M0381] Rispetto delle azioni previste nel cronoprogramma ministeriale	= 100%	= 100%	= 100%
		Promuovere il programma di Sorveglianza per le Radiazioni non ionizzanti (D. Lgs. 81/08): sicurezza e garanzia della qualità	[M0387] Rispetto periodicità e criteri accettabilità previsti dai protocolli operativi-entro dicembre c.a.	= 100%	= 100%	= 100%
		Promuovere la cultura della promozione della sorveglianza sanitaria del personale dipendente	[M0059] Avvio di un programma di screening con rendicontazione annuale	= 100%	= 100%	= 100%
			[M0194] N. di controlli effettuati congrui con l'indicazione del piano	= 100%	= 100%	= 100%
			[M0344] Relazione monitoraggio accertamento idoneità dei dipendenti- stratificazione dei diversi giudizi	= 100%	= 100%	= 100%
			[M0346] Rendicontazione annuale	= 100%	= 100%	= 100%
		Promuovere la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi aziendali in aderenza alle linee di indirizzo e alla programmazione aziendale	Adozione atti di organizzazione come indicato dalla Direzione Generale	= 100%	= 100%	= 100%
		Promuovere le azioni inerenti la procedura per la gestione del recupero crediti	[M0276] N° posizioni emesse in SAP / n° posizioni analizzate su crediti da recuperare TS x100	= 100%	= 100%	= 100%
		Promuovere le azioni inerenti la procedura per la gestione del recupero crediti per le autocertificazioni da reddito sulla base delle posizioni rilevate dal Sistema TS	[M0272_1] N. posizioni chiuse a seguito di contraddittori nel sistema TS	= 100%	= 100%	= 100%
			[M0274_1] N. esiti negativi inviati	= 100%	= 100%	= 100%
		Promuovere le azioni inerenti per la gestione del recupero crediti	[M0281_1] N. invio lettere primo sollecito rispetto alle posizioni inadempienti	= 100%	= 100%	= 100%
		Promuovere le segnalazioni degli eventi avversi e degli eventi evitati	[M0345] Relazione-report dettagliato corretto sul pieno utilizzo da parte delle strutture (entro febbraio 2023) Relazione e report dettagliato annuale sul corretto e pieno utilizzo da parte delle strutture entro febbraio 2023	= 100%	= 100%	= 100%
		Qualificazione del modello di gestione del servizio SPP nel rispetto del modello operativo adottato	[M0342] Relazione di servizio entro dicembre c.a.	= 100%	= 100%	= 100%
		Qualificazione della gestione dei registri di carico/scarico rifiuti e dei Formulari di Identificazione Rifiuto relativi ai 38 Insedimenti Produttivi di riferimento/Insedimenti Produttivi	[M0379] Rispetto del piano delle verifiche entro dicembre c.a. - gestione dei registri	= 100%	= 100%	= 100%
		Qualificazione della gestione dei rifiuti sanitari	[M0379_1] Rispetto del piano delle verifiche entro dicembre c.a. - gestione rifiuti	= 100%	= 100%	= 100%
		Ridurre il rischio della infezioni correlate all'assistenza	[M0166] Monitoraggio annuale attività previste dal PRP e controllo delle infezioni correlate all'assistenza Monitoraggio annuale delle attività previste dal Piano triennale per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza	= 100%	= 100%	= 100%
		Tenuta e controllo delle strutture e dei siti di produzione di rifiuti nelle strutture aziendali	[M0347] Rendicontazione annuale entro gennaio anno successivo	= 100%	= 100%	= 100%

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

Codice	Sub Area	OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
E.1	GARANZIA E SVILUPPO DEL SGQ	Accreditamento e qualità: sito web aziendale	Si/No	Garantire il mantenimento del sito web e della Carta dei Servizi	Garantire il mantenimento del sito web e della Carta dei Servizi	Garantire il mantenimento del sito web e della Carta dei Servizi
		Aggiornamento ed addestramento del personale neoassunto	personale neoassunto addestrato/totale personale neoassunto	Garantire l'aggiornamento e l'addestramento del personale neoassunto : 100%	Garantire l'aggiornamento e l'addestramento del personale neoassunto : 100%	Garantire l'aggiornamento e l'addestramento del personale neoassunto : 100%
		FMEA	FMEA realizzate	Realizzare almeno 1 FMEA anno	Realizzare almeno 1 FMEA anno	Realizzare almeno 1 FMEA anno
		Somministrazione del Questionario qualità percepita (fornito da Servizio Qualità e accreditamento) per almeno il IV 2023	% 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
		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 2023	Compilazione della Check list generale e/o specifica di autovalutazione entro novembre 2023	Compilazione della Check list generale e/o specifica di autovalutazione entro novembre 2023
		Valutazione dei fornitori dei servizi e prodotti forniti	Si/No	Avvio della valutazione dei fornitori dei principali beni sanitari (farmaci, presidi e materiale diagnostico) attraverso l'utilizzo della scheda di valutazione in SAP	Avvio della valutazione dei fornitori dei principali beni sanitari (farmaci, presidi e materiale diagnostico) attraverso l'utilizzo della scheda di valutazione in SAP	Avvio della valutazione dei fornitori dei principali beni sanitari (farmaci, presidi e materiale diagnostico) attraverso l'utilizzo della scheda di valutazione in SAP
E.2	PROMOZIONE CULTURA E PRASSI NELLA GESTIONE DEL RISCHIO	Applicazione metodi di analisi proattiva Realizzazione di almeno 1 Safety Walk Round (SWR) in una struttura afferente	M0356 Report SWR trasmesso alla Direzione aziendale	= 100%	= 100%	= 100%

Codice	Sub Area	OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
		Gestione degli eventi avversi ed incident reporting	Partecipazione ai SWR e all'implementazione di azioni preventive di miglioramento individuate	<p>Consolidamento del sistema locale di incident reporting: sensibilizzazione alla segnalazione degli eventi avversi e degli eventi evitati, superamento delle barriere alla segnalazione attraverso: A - l'applicazione della PG Gestione degli eventi avversi ed incident reporting nelle strutture 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 C - Realizzazione di almeno 1 Safety Walk Round (SWR) in una struttura afferente</p>	<p>Consolidamento del sistema locale di incident reporting: sensibilizzazione alla segnalazione degli eventi avversi e degli eventi evitati, superamento delle barriere alla segnalazione attraverso: A - l'applicazione della PG Gestione degli eventi avversi ed incident reporting nelle strutture 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 C - Realizzazione di almeno 1 Safety Walk Round (SWR) in una struttura afferente</p>	<p>Consolidamento del sistema locale di incident reporting: sensibilizzazione alla segnalazione degli eventi avversi e degli eventi evitati, superamento delle barriere alla segnalazione attraverso: A - l'applicazione della PG Gestione degli eventi avversi ed incident reporting nelle strutture 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 C - Realizzazione di almeno 1 Safety Walk Round (SWR) in una struttura afferente</p>
		Gestione degli eventi avversi ed incident reporting Consolidamento del sistema locale di incident reporting: sensibilizzazione alla segnalazione degli eventi avversi e degli eventi evitati, superamento delle barriere alla segnalazione attraverso: A - l'applicazione della PG Gestione degli eventi avversi ed incident reporting nelle strutture 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	M0413 Riunione distrettuale sull'argomento incident reporting in accordo con il servizio gestione rischio clinico (Verbale di riunione)	= 100%	= 100%	= 100%
		Gestione degli eventi avversi ed incident reporting: Consolidamento del sistema locale di incident reporting: sensibilizzazione alla segnalazione degli eventi avversi e degli eventi evitati, superamento delle barriere alla segnalazione attraverso: A - l'applicazione della PG Gestione degli eventi avversi ed incident reporting nelle strutture B - Facilitare ed incoraggiare la segnalazione e l'analisi degli eventi avversi e degli eventi evitati, offrire sostegno per	M0413 Riunione dipartimentale sull'argomento incident reporting in accordo con il servizio gestione rischio clinico (Verbale di riunione)	= 100%	= 100%	= 100%

Codice	Sub Area	OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
		l'individuazione e l'implementazione di interventi preventivi o migliorativi				
E.3	GARANZIA DELLA GESTIONE APPROPRIATA NELL'UTILIZZO DEI BENI SANITARI	Contenimento della spesa farmaceutica e dei DM	rispetto del Tetto della Farmaceutica Convenzionata	49.377.798,00	49.377.798,00	49.377.798,00
		Incremento distribuzione diretta in dimissione o dopo visita specialistica	Prescrizione farmaci in distribuzione diretta pz residenti alla dimissione o prima visita/totale pazienti dimessi residenti e prime visite ambulatoriali residenti	=> 90%	=> 90%	=> 90%
		Incremento distribuzione diretta in dimissione o dopo visita specialistica	Prescrizione farmaci in distribuzione diretta pz residenti alla dimissione o prima visita/totale pazienti dimessi residenti e prime visite ambulatoriali residenti Prescrizione farmaci in distribuzione diretta pz non residenti alla dimissione o prima visita/totale pazienti dimessi nonresidenti e prime visite ambulatoriali residenti	=> 90% per pazienti residenti 0% per pazienti non residenti	=> 90% per pazienti residenti 0% per pazienti non residenti	=> 90% per pazienti residenti 0% per pazienti non residenti
		PPI	n. pazienti in trattamento con PPI con il principio attivo a minor costo/totale pazienti in trattamento con PPI	=>90%	=>90%	=>90%
			n. pazienti in trattamento con PPI in Nota AIFA 48 con durata della terapia superiore a 8 settimane/totale pazienti in trattamento con PPI	=<10%	=<10%	=<10%
		Prescrizione di prodotti in distribuzione per conto (DPC)	spesa farmaci inseriti nella lista DPC erogati in convenzionata/spesa totale DPC	<=0,05%	<=0,05%	<=0,05%
		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 2019 al netto della distribuzione diretta	riduzione del 5% dei consumi dei beni sanitari anno 2019 al netto della distribuzione diretta	riduzione del 5% dei consumi dei beni sanitari anno 2019 al netto della distribuzione diretta
			consumo beni sanitari/consumo beni sanitari anno 2019	riduzione del 5% dei consumi di beni sanitari anno 2019	riduzione del 5% dei consumi di beni sanitari anno 2019	riduzione del 5% dei consumi di beni sanitari anno 2019
		Riduzione delle richieste di esami di laboratori e diagnostica per immagine (TAC-RM)	numero esami richiesti (laboratorio TA e RM)/numero di esami richiesti anno 2019 (laboratorio TAC, RM)	riduzione del 5% delle richieste di esami (laboratorio - TAC- RM) anno 2019	riduzione del 5% delle richieste di esami (laboratorio - TAC- RM) anno 2019	riduzione del 5% delle richieste di esami (laboratorio - TAC- RM) anno 2019
		Riduzione delle richieste di esami di laboratorio	numero esami richiesti (laboratorio)/numero di esami richiesti anno 2019 (laboratorio)	riduzione del 5% delle richieste di esami (laboratorio) anno 2019	riduzione del 5% delle richieste di esami (laboratorio) anno 2019	riduzione del 5% delle richieste di esami (laboratorio) anno 2019

Codice	Sub Area	OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
		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.

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

Codice	Sub Area	OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET		
				2023	2024	2025
F.1	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 (DDG 517 del 31/03/2021) aziendale per la struttura	[M0204] N. misure adottate e rispettate/n. misure previste nella scheda di dettaglio - fenomeni corruttivi	= 100%	= 100%	= 100%
F.2	PROMUOVERE CULTURA E PRASSI IN TEMA DI PROMOZIONE DELLA TRASPARENZA E INTEGRITA'	Promuovere la trasparenza attraverso l'attuazione e il rispetto delle misure di trasparenza e di integrità previste dal PTPCT aziendale (DDG 517 del 31/03/2021) per la struttura	[M0204_1] N. misure adottate e rispettate/n. misure previste nella scheda di dettaglio - trasparenza	= 100%	= 100%	= 100%
F.3	PROMUOVERE LA FORMAZIONE E L'AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE	Promuovere la formazione e l'aggiornamento professionale attraverso l'rogazione delle attività formative inserite nel piano formativo aziendale per l'anno 2021, redatto in accordo con i Dirigenti delle Macrostrutture e dei Dipartimenti	[M0192] N. Corsi effettuati/N. Corsi previsti Realizzazione del programma formativo annuale con erogazione dei crediti ECM: - N. Corsi effettuati/N. Corsi previsti	>= 98%	>= 98%	>= 98%
F.4	PROMUOVERE LO SVILUPPO E L'ADEGUAMENTO TECNICO E 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_1] N. Proc. avviate/N. Acquisti Mobili e Arredi e attr. Inform. Autorizzati	>= 80%	>= 80%	>= 80%
		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%
F.5	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, supportati dal Controllo di Gestione, dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione, dal Responsabile della Trasparenza, dall'UOC Amministrazione del Personale, dall'UOC Economico Finanziario, dal Servizio Informatico, dall'UO Acquisti di Beni e Servizi, dal Servizio Attività Tecniche e dal Servizio Patrimonio, hanno predisposto la bozza del Piano sulla base degli indirizzi e delle indicazioni della Direzione Generale, coinvolgendo diversi attori, nonché tutti i Responsabili delle Strutture e Servizi dell'Area Centrale, i Responsabili delle Macroarticolazioni Aziendali, il Responsabile per la Trasparenza, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

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

N	Fase del Processo	Attori
1	Avvio del processo di elaborazione del Piano	Direttore Generale Direttore Amministrativo Direttore Sanitario Controllo di Gestione Direttore generale Direttore Amministrativo Direttore Sanitario
2	Definizione degli obiettivi di performance	Controllo di Gestione Responsabili Strutture Aree Centrale Macroarticolazioni aziendali Responsabile per la Trasparenza Responsabile della Prevenzione della Corruzione Direttore Amministrativo Direttore Sanitario
3	Redazione del Documento	Controllo di Gestione Responsabile per la Trasparenza Responsabile della Prevenzione della Corruzione Direttore Amministrativo Direttore Sanitario
4	Condivisione del Piano della Performance	Controllo di Gestione Responsabile per la Trasparenza Responsabile della Prevenzione della Corruzione Direttore Amministrativo Direttore Sanitario Collegio di Direzione Direttore Amministrativo
5	Approvazione ed adozione del Piano	Direttore Sanitario OIV Direttore Amministrativo
6	Comunicazione del piano all'interno e all'esterno	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 2023 e l'attenzione a garantire il collegamento tra gli obiettivi strategici ed operativi del Piano e le risorse finanziarie aziendali e regionali, umane e strumentali, evitando incoerenza e disallineamento tra gli obiettivi previsti e le risorse utili al loro conseguimento.

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

LA MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

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

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

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

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

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

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

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

Il Processo di Budget è inteso, quindi, come lo strumento operativo con il quale, annualmente, vengono trasformati piani e programmi aziendali di medio e lungo periodo in obiettivi specifici articolati rispetto alla struttura delle responsabilità organizzative ed economiche interne, rappresenta

lo strumento principe dei sistemi di programmazione e controllo e consente di attribuire ai diversi Centri di Responsabilità obiettivi e risorse necessarie per l'attività da svolgere.

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

In particolare il Budget permette:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

0 - 50%	Insufficiente
51 - 79%	Sufficiente
80 - 89%	Buono

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.

PREMESSE, OBIETTIVI ED AZIONI DEL PIANO

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

PREMESSE, OBIETTIVI ED AZIONI DEL PIANO

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

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

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

Sistema organico di prevenzione della corruzione articolato su due livelli:



Figura 9 Sistema prevenzione della corruzione

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

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

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

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

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

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

In tale quadro di riferimento si inserisce il presente aggiornamento del Piano Aziendale per la Prevenzione della Corruzione da valere per il triennio 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 Anticorruzione⁴ anno 2019.

Esso riporta, fra l'altro, i risultati dell'analisi condotta nel corso del 2018 dall'Università degli Studi di Tor Vergata sui PTPCT evidenziando un miglioramento complessivo della qualità dei Piani⁵.

⁴ Delibera ANAC 1064 del 13/11/2019.

⁵ Vedi § 1.1 PNA 2018 adottato con delibera ANAC n. 1074 del 21/11/2018

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

Nella procedura di aggiornamento da valere per il Piano nel triennio 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

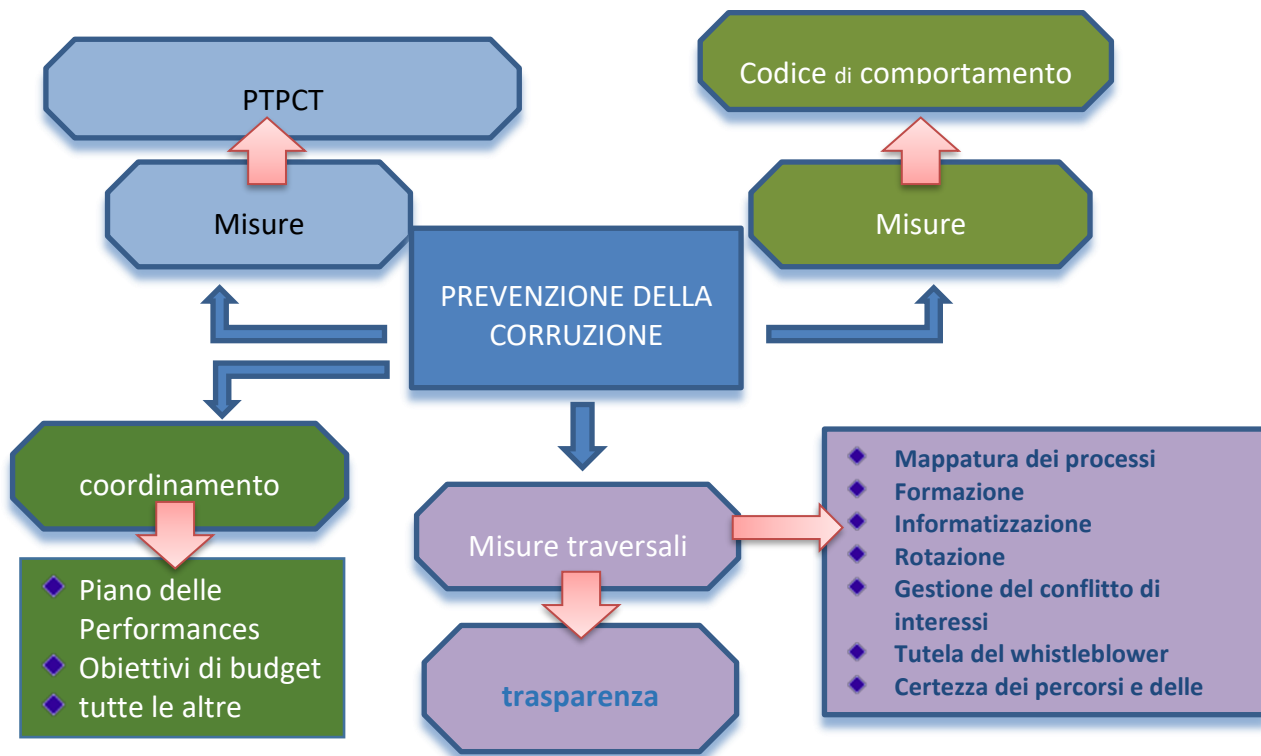


Figura 10 Scheda prevenzione della corruzione

Attività formativa⁶.

L’Azienda USL Umbria n.2 ha approvato il Piano formativo aziendale per l’anno 2022⁷ che ha previsto, fra l’altro, la prosecuzione del percorso formativo aziendale in materia di prevenzione della corruzione ed in materia di trasparenza e previsto come formazione obbligatoria. Tale percorso formativo, iniziato già nel 2018, ha coinvolto i dipendenti neoassunti ed i dipendenti dei ruoli amministrativi e tecnici ed ha previsto n.23 edizioni (n.4 presso il P.O. di Orvieto, n. 6 presso la sede di Foligno, n. 5 presso il P.O. di Spoleto, n. 6 presso la sede di Terni, n.2 in FAD anno 2020, n.2 in FAD anno 2021) e coinvolto circa 1.700 discenti. I corsi sono stati organizzati facendo ricorso alle professionalità interne all’Azienda. Anche durante questo ultimo anno, compatibilmente con i disagi conseguenti alla diffusione pandemica, pur con importante impegno organizzativo/tecnologico/gestionale, si è dato corso ad attività formativa in modalità on line. In tutti i corsi si è data evidenza da un lato a tutti gli aspetti normativi e dall’altro ai contenuti specifici del Piano che hanno una implicazione diretta sulle attività quotidiane. Particolare risalto ed enfasi sono stati dati alle tematiche ed ai concetti relativi ad etica, moralità, imparzialità, senso civico.

Attività informativa.

⁶ In proposito cfr. § 19 “Formazione dei dipendenti”

⁷ delibera del Direttore Generale n. 200 del 15/02/2022



USL Umbria2

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

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

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

Attività informativa - "Il Piano in Pillole"⁸.

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

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

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

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

Figura 11 "Il Piano in Pillole"



"Il Piano in pillole"

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

⁸ 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.

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

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

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

Proseguendo nel solco degli anni precedenti è stata rafforzata l’attività di monitoraggio al fine di identificare le variabili organizzative e i processi che richiedono maggiore sorveglianza e per programmare con razionalità le attività da svolgere nel futuro. Il monitoraggio rappresenta lo strumento per misurare, controllare e migliorare le attività svolte e per aggiornare il P.T.P.C.T.

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

La presente sezione è integrata dai seguenti allegati:

- Allegato 1 “Misure di prevenzione della corruzione”
- Allegato 2 “Mappatura dei processi”
- Allegato 3 “Codice di Comportamento”
- Allegato 4 “Trasparenza-Elenco obblighi di pubblicazione”
- Allegato 5 “Modulistica”

Gli Attori del Sistema Aziendale di Prevenzione della Corruzione E Trasparenza

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

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

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

(Sergio Mattarella, agosto 2015)

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

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

Il RPCT svolge un ruolo di impulso e di coordinamento in materia di prevenzione della corruzione. Al fine di garantire che tale ruolo sia efficace, l'attività di gestione del rischio deve coinvolgere tutti coloro che operano nell'amministrazione (cfr. art. 8, D.P.R. 62/2013, art.16, co. 1, lett. 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. Per l'anno 2023 la data di adozione del PTPCT è spostata al 31/03/2023.

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

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

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

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

Naturalmente, per monitorare l'adempimento degli 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.

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".

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;
- ✓ 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 con l'obiettivo di integrare in modo sempre più completo, le diverse sezioni del PIAO.

I Dirigenti. Collaborazione e monitoraggio.

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

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

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)"

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, devono, tra l'altro:

- ✓ svolgere attività informativa nei confronti del RPC, del RT, del referente e, in particolare, assicurare il monitoraggio degli obiettivi generali e specifici di prevenzione della corruzione loro affidati, documentando formalmente tale attività. A tal fine, i responsabili dei Servizi mappati, almeno annualmente, redigono una apposita relazione sulla attuazione di tutte le misure di trattamento del rischio (monitoraggio di primo livello). Tale relazione è inviata al RPCT che monitora, a campione, il contenuto delle informazioni rese (monitoraggio di secondo livello). Per l'anno 2023 il monitoraggio di secondo livello verrà effettuato a campione solo su taluni dei processi a rischio più strettamente legati agli obiettivi strategici individuati dal Direttore Generale. Tale scelta si rende necessaria in relazione alla complessità dell'azienda (numerosità dei processi mappati, estrema frammentazione territoriale, pluralità di incarichi assegnati a RPC, RT e referente) che non consente, allo stato attuale, un monitoraggio sulla totalità dei processi mappati
- ✓ 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 eventuali ipotesi di violazione
- ✓ adottare le misure gestionali ed organizzative per le Strutture da Essi dirette
- ✓ 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,*

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.

delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare”, ma anche quale impegno personale nel contribuire a creare un contesto sfavorevole ai fenomeni corruttivi e per contribuire a garantire il miglior uso delle risorse pubbliche. È evidente quindi la necessità che tutti i dipendenti siano completamente coinvolti nel processo di gestione del rischio in termini di partecipazione attiva, ed in particolare:

- ✓ al processo di autoanalisi organizzativa e di mappatura dei processi
- ✓ al processo di elaborazione e di gestione del rischio
- ✓ in sede di definizione delle misure di prevenzione
- ✓ in sede di attuazione delle misure di prevenzione adottate
- ✓ Tutti i dipendenti hanno il dovere¹⁴ di collaborare con il RPC e di:
- ✓ osservare le misure di prevenzione previste dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- ✓ adempiere agli obblighi del Codice di Comportamento DPR 62/2013 e del Codice di comportamento aziendale;
- ✓ effettuare le comunicazioni prescritte in materia di conflitto di interessi e di obbligo di astensione;
- ✓ segnalare i possibili illeciti (penali, disciplinari, amministrativo-contabili) di cui vengono a conoscenza seguendo la procedura delineata nel Codice di comportamento aziendale e, per quanto riguarda la segnalazione di illeciti o di irregolarità da parte dei cosiddetti whistleblowers, la procedura indicata all'interno del presente PTPCT.

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

Soggetti che collaborano a qualsiasi titolo con l'Azienda

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

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

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.

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

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 2023, 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.

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,

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

- ✓ 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.

Nel corso dell'anno 2022 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 22/12/2022.

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

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

¹⁹ Nota protocollo n. 0268439 del 23/12/2022.



USL Umbria2

le discriminazioni in merito alle azioni a favore delle pari opportunità, dello sviluppo della cultura contro le disuguaglianze e le discriminazioni nell'ambiente lavorativo e del benessere tra i professionisti dell'Azienda USL Umbria 2. Con successiva delibera del Direttore Generale n. 901/2021 ha adottato il relativo regolamento che ne disciplina il funzionamento. Il CUG sostituisce, unificandoli, il Comitato per le Pari Opportunità e il Comitato paritetico sul mobbing di cui assume le competenze e le funzioni, ed opera in continuità con l'attività e i progetti posti in essere dagli organismi preesistenti. Il CUG persegue le proprie finalità in base al Piano triennale delle Azioni Positive (PAP) che viene aggiornato entro il 31 gennaio di ogni anno ed è pubblicato nel sito "Amministrazione Trasparente" allegato al Piano della Performance.

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

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

Gli Stakeholder

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

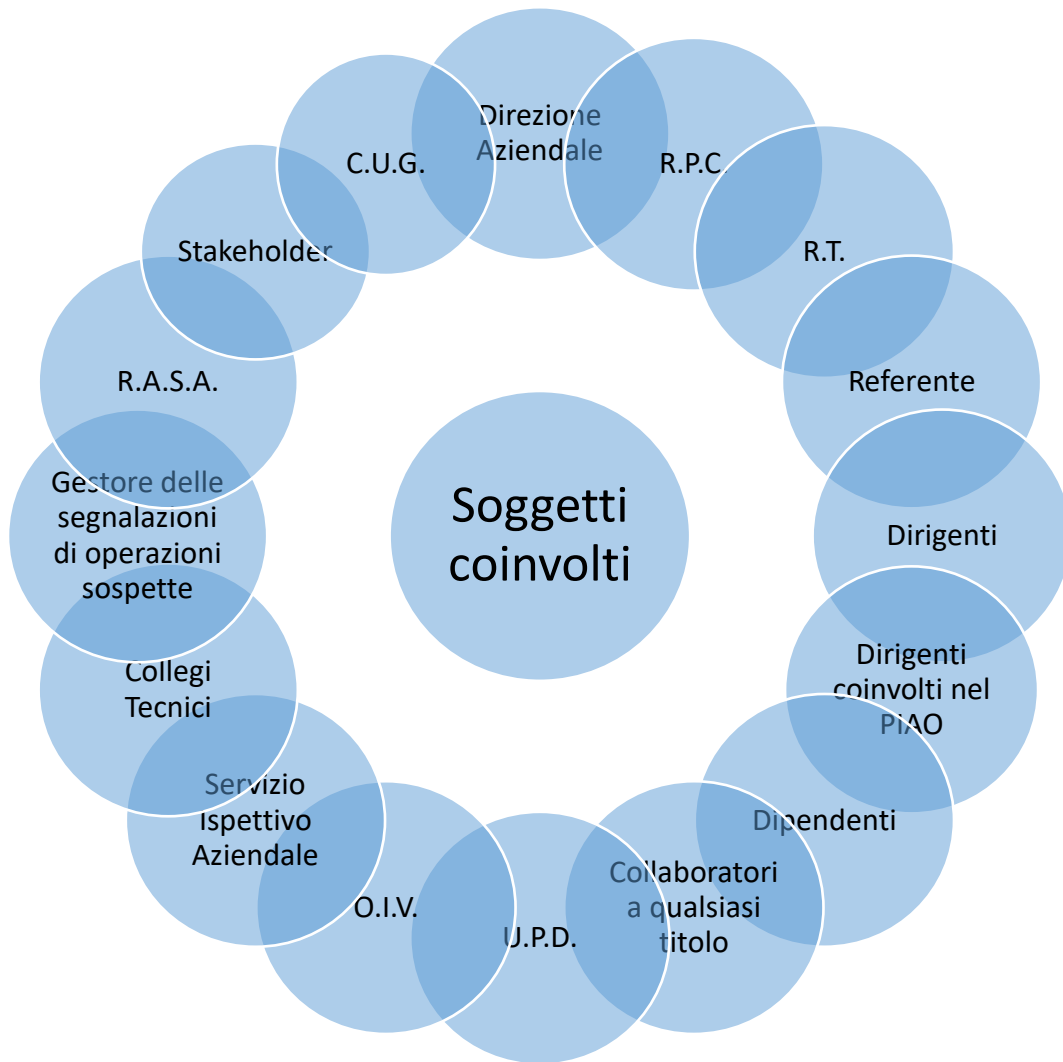


Figura 12 Soggetti coinvolti.

Collegio Sindacale

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.

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:

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 e' composto da tre membri, di cui uno designato dal presidente della giunta regionale, uno dal Ministro dell'economia e delle finanze e uno dal Ministro della salute.)) I componenti del collegio sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il Ministero di grazia e giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali. 4. I riferimenti contenuti nella normativa vigente al collegio dei revisori delle aziende unite sanitarie locali e delle aziende ospedaliere si intendono applicabili al collegio sindacale di cui al presente articolo.

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

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

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.

Conferenza dei Sindaci

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

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

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



Figura 13 Organi e Organismi propositivi e consultivi coinvolti.

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”.

Quadro delle Attività di Prevenzione della Corruzione.

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

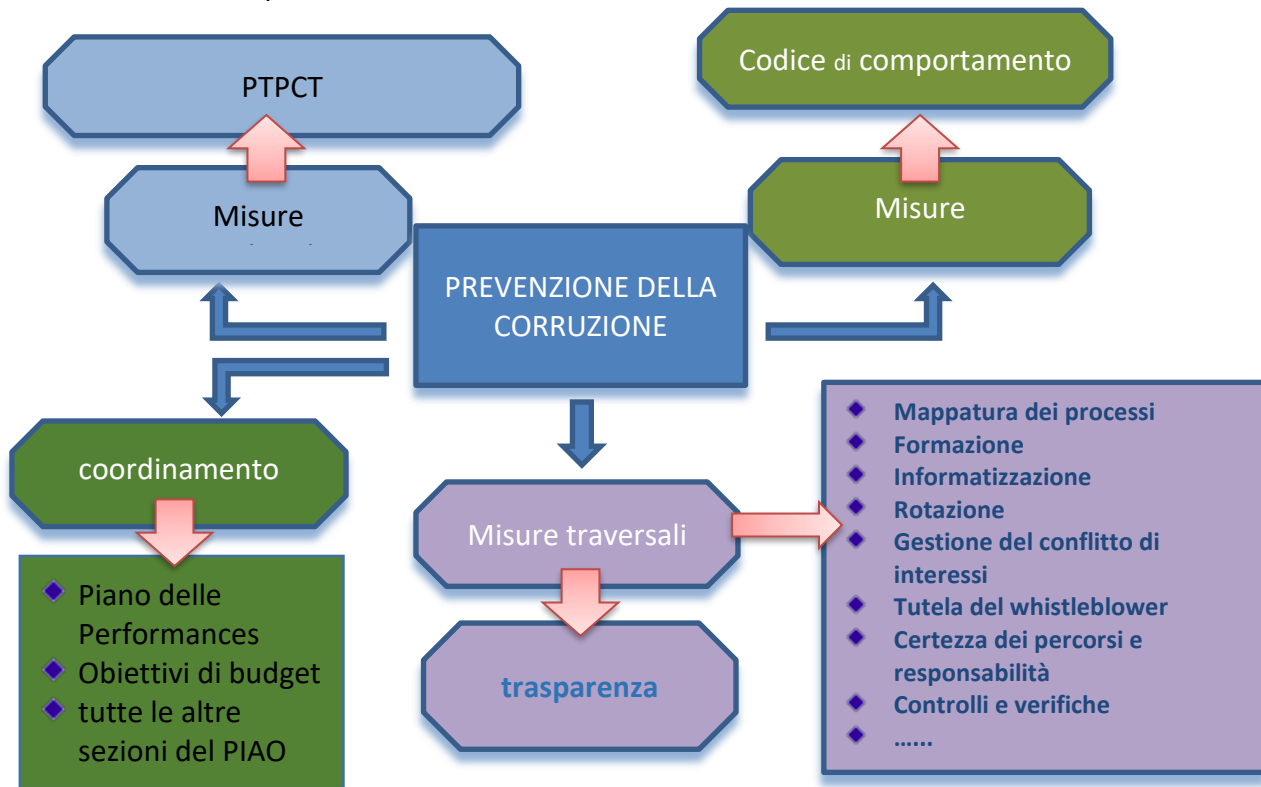


Figura 14 Scheda prevenzione della corruzione

Valutazione dell’attuazione del P.T.P.C.T., feedback e atti adottati

Come disposto dal PTPCT 2022-2024 i responsabili di Dipartimento, SC, SSD, SS hanno proceduto alla formalizzazione delle relazioni sugli adempimenti del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

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

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

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

Nell'ottica sopra indicata, si è predisposto un modello in cui di tutte le strutture sono chiamate a collaborare con il RPCT, in merito all'elaborazione della mappatura del rischio e alla Trasparenza e Rotazione nonché nella fondamentale attività di monitoraggio delle misure programmate, anche 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 2022.

L'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) con delibera n. 1 del 12 gennaio 2022 ha differito il termine di adozione e pubblicazione dei PTPCT 2022-2024 al 30 aprile 2022.

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

- con Delibera del Direttore Generale n. 1168 del 14/10/2020 ha nominato il Responsabile della Trasparenza;
- con Delibera del Direttore Generale n. 1402 del 29/09/2021 ha nominato il Responsabile della Prevenzione della corruzione;
- Risulta correttamente pubblicata la relazione del RPCT anno 2022
- con Delibera del Direttore Generale n. 716 del 29/04/2022 ha adottato il "Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022-2024"
- con Delibera del Direttore Generale n. 1052 del 30/06/2022 ha adottato il "Piano Integrativo di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2022 -2024 - Annualità 2022"
- con Delibera del Direttore Generale n. 1850 del 28/11/2022 ha apportato "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"

L'Autorità Nazionale Anticorruzione promuove annualmente la verifica sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, disciplinata con specifiche deliberazioni (per l'anno 2022 la n. 201/2022).

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

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

Con nota prot. 0016140 del 20/01/2023 il Direttore Generale ha declinato i seguenti obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che tengono conto degli obiettivi di valore pubblico indicati nella apposita sezione del PIAO:

- dovranno essere rafforzate le misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e del PNRR, anche con riferimento al fenomeno del riciclaggio;
- in un'ottica di riconoscimento del merito, che favorisca la realizzazione degli obiettivi di programmazione e l'efficace ed efficiente utilizzo delle risorse
- dovranno essere promosse le pari opportunità per l'accesso agli incarichi dirigenziali (trasparenza ed imparzialità dei processi di valutazione);
- dovrà essere migliorata l'informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente";

- dovrà essere incrementata la formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e sulle regole di comportamento per il personale, anche ai fini della promozione del valore pubblico;
- dovrà essere migliorato il ciclo della performance in una logica integrata (performance, trasparenza, anticorruzione);
- dovranno essere coinvolti nel monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione gli organi di controllo interno delle attività aziendali.

Progettazione di Misure Organizzative per il Trattamento del Rischio

Premesse metodologiche

Nel predisporre le misure di prevenzione dei fenomeni corruttivi, il Piano, sulla base dell'analisi del contesto interno ed esterno, individua le tipologie di rischio, valuta il loro impatto sull'amministrazione, stima la probabilità che accadano gli eventi, individua l'approccio culturale e metodologico da utilizzare. In particolare, la gestione del rischio 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 della sezione della prevenzione della corruzione del PIAO Aziendale da valere per il triennio 2023 – 2025.

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

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

²² Delibera ANAC n.7 del 17/01/2023.

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

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

- ✓ Sono state previste e programmate le misure generali in materia di prevenzione della corruzione quali rotazione, o misure alternative indicate nel PNA, formazione, prevenzione di conflitti d'interesse, wisthleblowing, pantouflage, inconfiribilità e incompatibilità, codici di comportamento...
- ✓ la formazione è stata programmata come misura di prevenzione della corruzione in collaborazione con i responsabili della sezione dedicata al capitale umano e allo sviluppo organizzativo
- ✓ la rotazione è stata programmata come misura di prevenzione della corruzione in collaborazione con i responsabili della sopra citata sezione dedicata al capitale umano e allo sviluppo organizzativo
- ✓ si è cercato di valutare l'effettiva coerenza fra le misure specifiche a presidio di determinati rischi siano effettivamente mirate rispetto all'obiettivo perseguito
- ✓ Al fine di non appesantire l'attività amministrativa con eccessive misure specifiche di controllo, è stata valutata la possibilità di trattare i rischi rilevanti con misure di tipo diverso dai controlli, quali ad esempio misure di semplificazione, regolamentazione, trasparenza.
- ✓ Nell'organizzare le misure specifiche si è cercato di strutturare misure che non fossero eccessive o ridondanti o riproduttive di adempimenti già previste da norme.
- ✓ Per evitare di introdurre misure inattuabili è stata preventivamente valutata la sostenibilità delle stesse in termini di risorse economiche e organizzative.

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

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

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 stakeholder ed a tutti coloro ne abbiano interesse ed i successivi eventuali suggerimenti dei quali si prenderà atto nella stesura definitiva del Piano;
- ✓ entro il 10 gennaio il 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.

L'iter di approvazione del PTPCT, alla luce delle indicazioni contenute nel Comunicato del Presidente di ANAC che ha indicato il 31 marzo 2023 come data di scadenza della presentazione del PTPCT-PIAO, ha previsto:

- ✓ il giorno 13/02/2023 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) 2023-2025
- ✓ il giorno 20/01/2023 con nota prot. 0016140 il Direttore Generale ha fornito gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza al RPC ed al RT
- ✓ il giorno 21/03/2023 il R.P.C. ed il RT hanno inoltrato alla Direzione aziendale e all'OIV la bozza del PTPCT 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 Piano è pubblicato sul sito internet dell'Azienda (www.uslumbria2.it), notificato a tutti i dipendenti della Azienda USL Umbria 2 e gli altri destinatari attraverso il Servizio Comunicazione e a tutti i nuovi assunti al momento della sottoscrizione del contratto di lavoro da parte del Servizio Amministrazione del Personale.

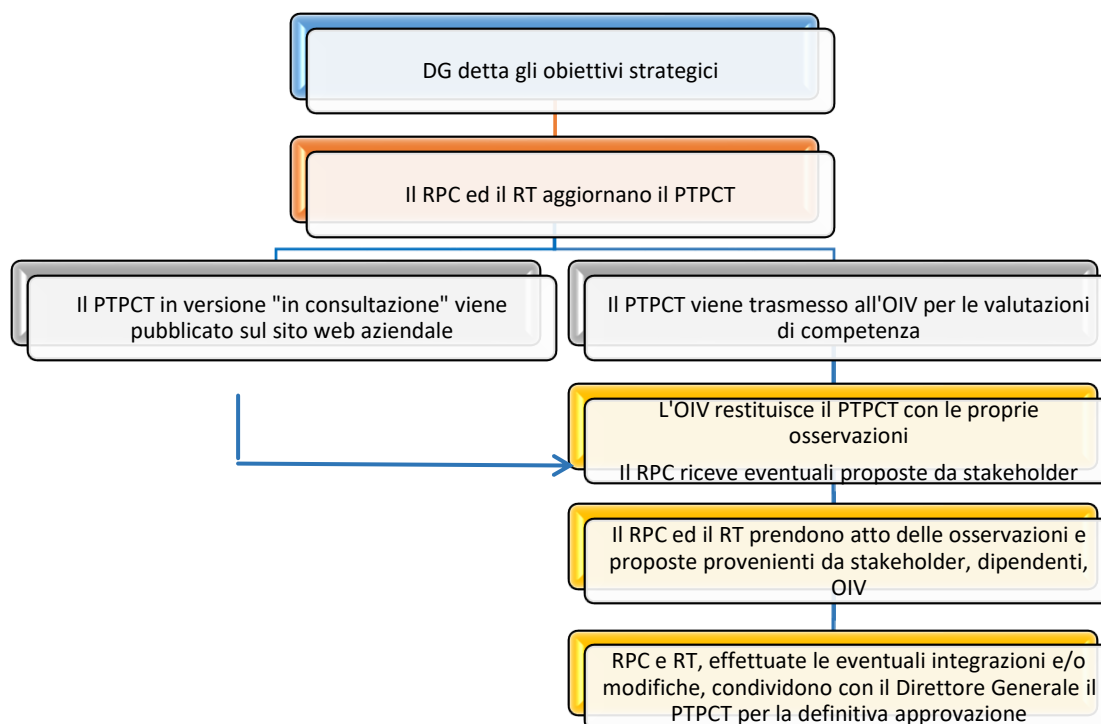


Figura 15 Processo di approvazione del P.T.P.C.T.

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.

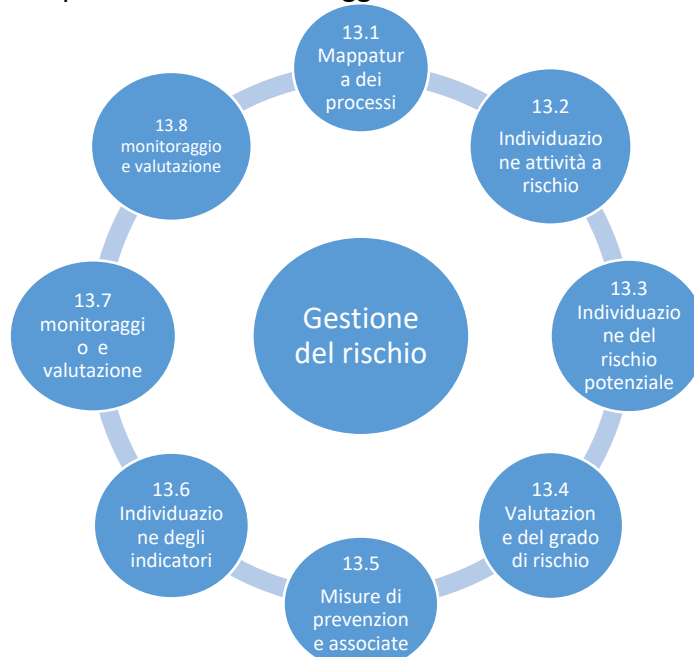


Figura 16 Processo di mappatura



Mappatura dei processi.

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

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

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

Individuazione attività esposte a rischio potenziale

L'individuazione delle attività esposte al rischio corruzione consiste nella ricerca, identificazione e descrizione dei rischi.

I rischi vengono identificati:

- ✓ mediante consultazione e confronto tra i soggetti coinvolti;
- ✓ dall'esperienza, ossia i precedenti giudiziari (in particolare, i precedenti penali o di responsabilità amministrativa) o disciplinari (procedimenti avviati, sanzioni erogate);
- ✓ dall'analisi del contesto interno ed esterno.

Trattamento del rischio: misure di sicurezza associate

Il trattamento del rischio è la fase tesa a individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. Tale fase è stata implementata in modalità sinergica fra Servizi e R.P.C. attraverso una ponderazione che tenesse conto della praticabilità in termini di costi aziendali (dove possibile ad isorisorse), impegno del personale, organizzazione interna aziendale, rispetto dei ruoli istituzionali con individuazione di attività di controllo e monitoraggio.

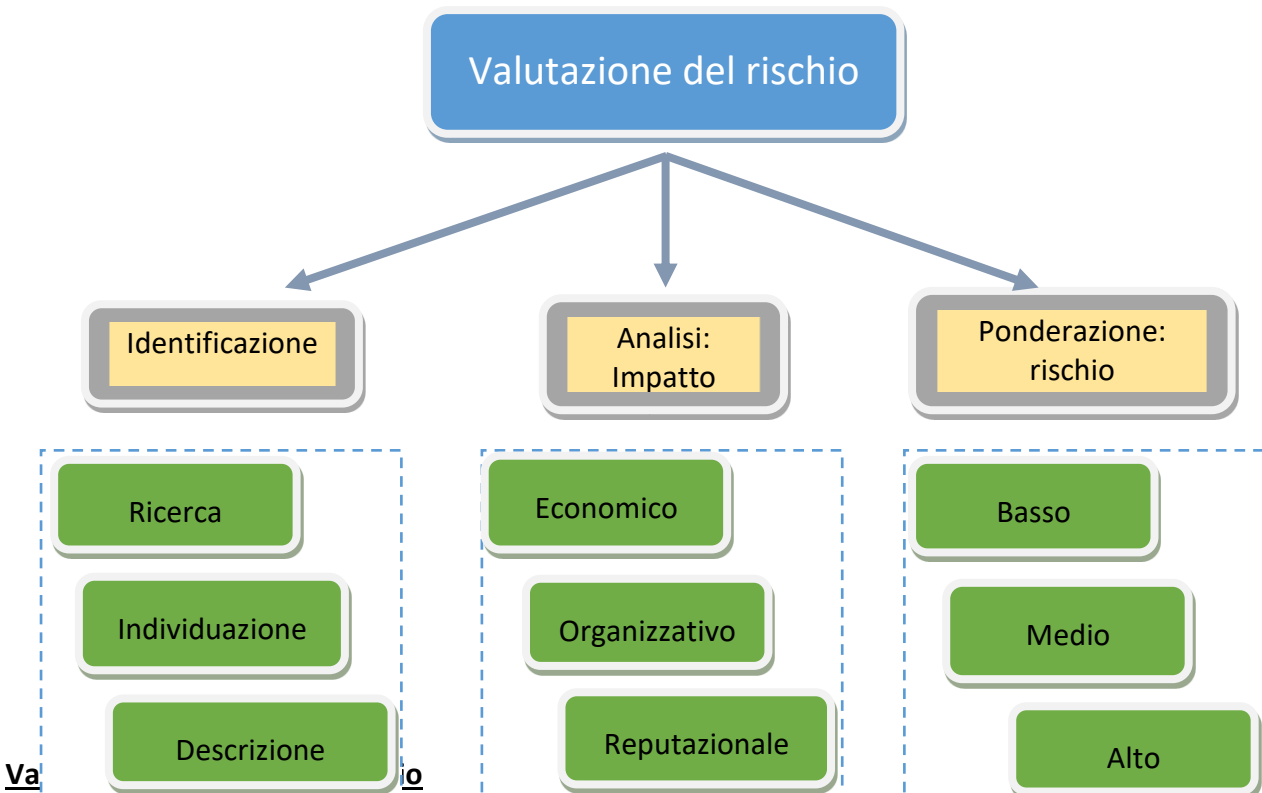
Valutazione del Rischio

Per valutazione del rischio si intende il processo di:

- ✓ identificazione, che consiste nella ricerca, individuazione e descrizione dei rischi. L'attività di identificazione richiede che per ciascun processo o fase di processo siano fatti emergere i possibili rischi di corruzione. Questi emergono considerando il contesto esterno ed

interno all'amministrazione, e quindi anche con riferimento alla specifica organizzazione presente all'interno della ASL;

- ✓ analisi del rischio consiste nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto) per giungere alla determinazione del livello di rischio;
- ✓ ponderazione del rischio che consiste nel considerare il rischio alla luce dell'analisi e nel raffrontarlo con altri rischi al fine di decidere le priorità e l'urgenza di trattamento. L'analisi dei rischi permette di ottenere una classificazione degli stessi in base al livello di rischio più o meno elevato.



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

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

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

- BASSO rischio**
- ✓ Attività a bassa discrezionalità
 - ✓ Presenza di specifica normativa
 - ✓ Presenza di regolamentazione aziendale
 - ✓ Presenza di normativa stringente
 - ✓ Elevato grado di pubblicità degli atti procedurali
 - ✓ Valore economico del beneficio complessivo connesso all'attiva inferiore in media a € 1.000,00

- ✓ Potere decisionale sull'esito dell'attività in capo a più persone
- ✓ Sussistenza di specifici meccanismi di verifica o controllo interno/esterno
- ✓ Rotazione dei funzionari dedicati all'attività
- ✓ Monitoraggio e verifiche annuali
- ✓ Basso grado di complessità del processo
- ✓ Scarso impatto organizzativo e di immagine
- ✓ Il processo non produce effetti all'esterno

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

MEDIO rischio

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

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

ALTO rischio

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

- ✓ Il processo produce effetti diretti nei confronti di soggetti esterni

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

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

La modulazione del rischio viene quindi rappresentata in:



Misure di prevenzione associate.

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

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

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

1. della efficacia nella neutralizzazione delle cause del rischio. L'identificazione della misura di prevenzione è quindi una conseguenza logica dell'adeguata comprensione delle cause dell'evento rischioso.
2. della sostenibilità economica e organizzativa delle misure. L'identificazione delle misure di prevenzione è strettamente correlata alla capacità di attuazione da parte dei singoli Servizi aziendali. Ferma restando l'obbligatorietà delle misure previste come tali dalla legge, l'eventuale impossibilità di attuarle va motivata nei report periodici inviati al R.P.C.
3. dell'adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione. Il presente 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 primo livello). Tale relazione è inviata al RPCT che monitora la completezza delle informazioni rese (monitoraggio di secondo livello). Per l'anno 2023 il monitoraggio di secondo livello verrà effettuato a campione solo su taluni dei processi a rischio più strettamente legati agli obiettivi strategici individuati dal Direttore Generale. Tale scelta si rende necessaria in relazione alla complessità dell'azienda (numerosità dei processi mappati, estrema frammentazione territoriale, pluralità di incarichi assegnati a RPC, RT e referente) che non consente, allo stato attuale, un monitoraggio sulla totalità dei processi mappati. Ulteriori monitoraggi saranno, tuttavia, effettuati dagli altri organi di controllo interno (es. Servizio Ispettivo aziendale, nelle materie di competenza; Controllo di gestione in relazione al grado di raggiungimento degli obiettivi di budget correlati a misure di prevenzione della Corruzione) con l'obiettivo di creare una rete di controlli diffusa sulla effettiva attuazione del Piano, che si basi sull'apporto delle professionalità e competenze di diversi organi di controllo interno già attivi.

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

Tempistica delle attività di monitoraggio e valutazione

Con l'attuale aggiornamento, il 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'allegata "Mappatura dei Processi", di relazionare sulle attività di contrasto ai fenomeni corruttivi introdotti nei singoli processi e sul rispetto degli indicatori ivi previsti. La relazione riguarderà il periodo relativo ai dodici mesi precedenti; il periodo di rilevazione andrà quindi dal 01 dicembre di ogni anno al 30 novembre dell'anno successivo. La scelta di questo arco di tempo nasce dall'esigenza di ottenere feedback in tempo utile per eventualmente correggere, integrare o modificare la mappatura dei processi laddove dagli stessi emerga l'insufficienza o l'inefficacia delle misure messe in campo per contrastare fenomeni corruttivi.

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, nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare, salvo che provi di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano...."*

La responsabilità dei 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.

Pertanto, 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.

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 sanzioni²³ qualora ANAC accerti:

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

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

Incontri di AUDIT interno del RPCT

Come già descritto, il PTPCT prevede che le unità organizzative presentino una Relazione annuale sulle attività inerenti le misure generali e specifiche, compresi gli adempimenti in materia di obblighi di

²³ 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”.



pubblicazione, di diffusione del Codice di Comportamento, di trattazione eventuali casi di conflitti di interesse e di accessi civici generalizzati.

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

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

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 17 Sintesi del processo di mappatura.

Trasparenza

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

Individuazione percorsi per adempimento obblighi trasparenza.

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

Per consentire il corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione si identificano di seguito i responsabili della 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 originali in possesso dell'amministrazione, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità²⁴.

- 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.

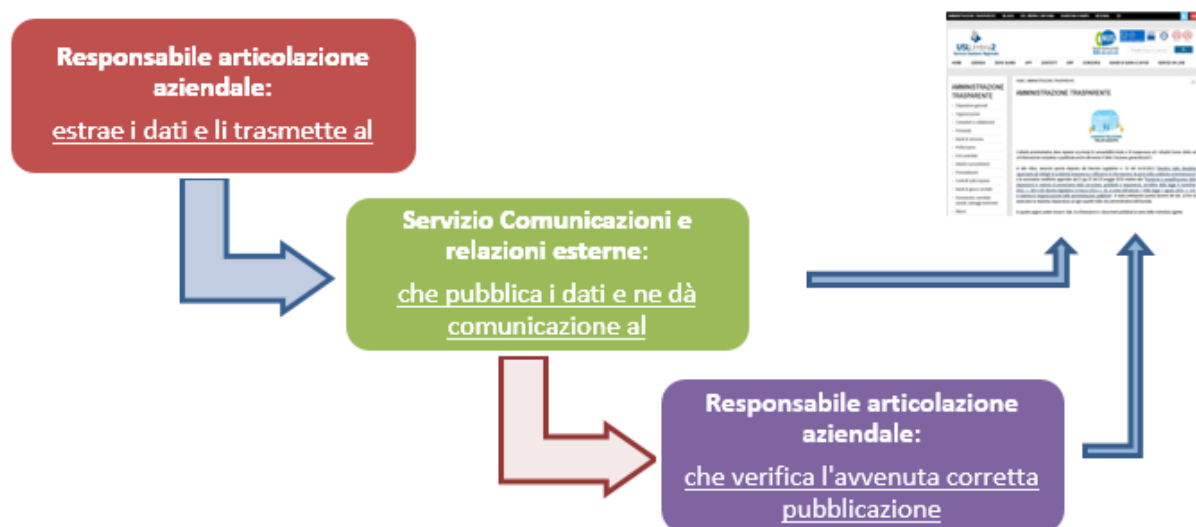


Figura 18 Flusso adempimenti trasparenza

²⁴ D.lgs 33/2013 e ssmmii art. 7.

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

Nuove disposizioni normative hanno aggiornato il regime della tutela del trattamento dei dati personali nel corso del 2018. Il 25 maggio 2018 è diventato pienamente applicabile il Regolamento (UE) 2016/679²⁵ (Regolamento generale sulla protezione dei dati GDPR) ed il 19 settembre 2018, ha assunto efficacia il decreto legislativo²⁶ di adeguamento del Codice privacy al Regolamento europeo.

Il regime normativo per il trattamento di dati personali da parte dei soggetti pubblici è, quindi, rimasto sostanzialmente inalterato essendo confermato il principio che esso è consentito unicamente se ammesso da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento. Pertanto, fermo restando il valore riconosciuto alla trasparenza, che concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'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.

²⁵ 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)

²⁶ 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.

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 ANAC²⁷, 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 smi. *E' questo, ad esempio, il caso dei curricula vitae dei dirigenti e dei titolari di posizioni organizzative. Infatti, la previsione di una data cadenza di aggiornamento non può implicare la necessità di rimodulare i contenuti dei documenti, in quanto le esperienze lavorative dei soggetti possono non aver subito alcuna modifica nell'arco temporale contemplato; tuttavia, la verifica degli stessi è importante proprio al fine di garantire l'attualità delle informazioni riportate. In materia si veda anche la delibera del Garante per la protezione dei dati personali adottata in data 2 marzo 2011, art. 6, punto A.1.* Per dar conto dell'avvenuta verifica dell'attualità delle informazioni pubblicate, è

²⁷ approvate con delibera n. 1310 del 28 dicembre 2016

necessario che in ogni pagina della sezione “Amministrazione Trasparente” sia indicata la relativa data di aggiornamento. Il decreto legislativo n. 33/2013 ha individuato quattro diverse frequenze di aggiornamento:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<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 19 Termini di pubblicazione dei dati

Formato di pubblicazione del dato.

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

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

Obblighi di aggiornamento ed eliminazione.

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

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

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

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

Indicizzazione delle pagine di "Amministrazione Trasparente"

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

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

Poiché l'utilizzo di filtri o soluzioni similari che impediscono la ricercabilità ed il riutilizzo delle informazioni, è chiaramente contrario al perseguimento degli obiettivi generali della trasparenza amministrativa, l'ANAC ha richiamato le amministrazioni e gli Organismi Indipendenti di Valutazione, in quanto soggetti competenti ad attestare l'avvenuta pubblicazione dei dati, al puntuale rispetto della

normativa anche in materia di apertura dei dati e di indicizzazione delle pagine contenute nella sezione Amministrazione trasparente.

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

Obbligo pubblicazione dati patrimoniali – Sentenza Corte Costituzionale

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

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

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

Accesso civico.

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

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)

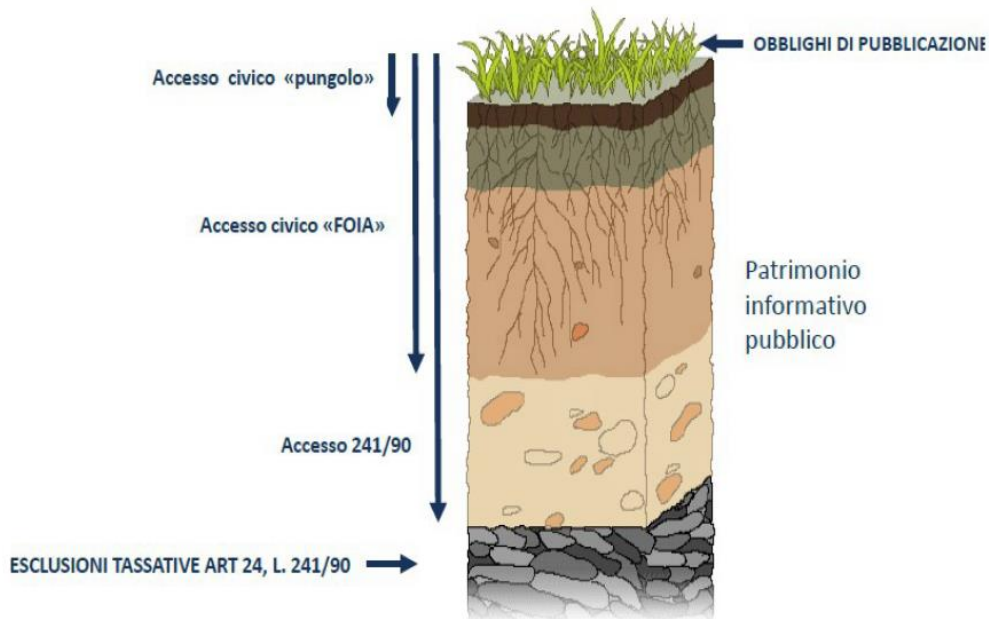


Figura 20 Grado di “profondità” delle diverse tipologie di accesso

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 21 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.

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

La corruzione trova terreno fertile nella scarsa qualità della burocrazia, in sistemi sanzionatori percepiti come inefficaci, nell'eccesso di norme ed oneri burocratici, nella scarsa diffusione della cultura della legalità, integrità e trasparenza nell'azione amministrativa.

È necessario perciò che il Ciclo di gestione della Performance sia pienamente integrato con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione della corruzione.

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

L'Azienda, già in sede di elaborazione dei precedenti Piani della Performance e di negoziazione di budget ha previsto obiettivi, indicatori e target per la valutazione della performance organizzativa e individuale dei dirigenti nel campo della prevenzione della corruzione e della promozione della trasparenza.

Nell'ottica della integrazione e coerenza dei predetti strumenti programmatori, nel presente Piano della Performance sono previsti obiettivi, indicatori e target che trovano piena corrispondenza nelle principali misure di gestione del rischio corruttivo e di trasparenza.

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

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

Nell'anno 2023 gli obiettivi che verranno negoziati con le strutture aziendali devono presentare specifici collegamenti con l'attuazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La trasparenza diventa quindi misura generale di prevenzione di corruzione.

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

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

Il d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 definisce la trasparenza come: *“accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la*



USL Umbria2

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'ANAC²⁸ fra le modifiche più importanti del d.lgs. 33/2013 si registra quella del pieno coordinamento fra prevenzione della corruzione e trasparenza²⁹.

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

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

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

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

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

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

²⁸ 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

²⁹ delibera n. 831/2016 dell'Autorità sul PNA 2016 (cfr. § 4).



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 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 2023

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

Livello di attuazione e sviluppo

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

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

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

Sono state escluse dalle prestazioni lavorative in modalità agile le attività indifferibili da rendere in presenza con l'obiettivo primario volto a garantire il necessario supporto ai servizi di assistenza sia di

tipo sanitario che socio sanitario e, si è organizzata la rotazione del personale al fine di garantire il distanziamento sociale ed interpersonale tra i lavoratori dipendenti.

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

Modalità attuative

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

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

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

Con la pubblicazione del CCNL del personale del comparto del 2/11/2022 avverrà la contrattazione decentrata con le OO.SS. di categoria all'interno del quale troverà definizione il regolamento sul lavoro agile.

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

Salute organizzativa

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

Salute professionale

Dovrà essere svolta:

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

Salute digitale

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

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

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

Salute economico finanziaria

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

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

Sistema di misurazione e valutazione della performance

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

Tenuto conto delle sopra richiamate disposizioni, della prevedibile riorganizzazione conseguente al nuovo PSR, alla situazione economico finanziaria del SSR ed aziendale si dà atto che:

- il PTFP tiene conto della limitazione delle attuali prospettive programmatiche e, pertanto, in via prudenziale si limita ad una programmazione per il solo anno 2023, considerando la possibilità di stabilizzazione del personale precario che abbia maturato i requisiti nel rispetto dei vincoli di spesa. Eventuali aggiornamenti, oltre ad essere possibili in sede di redazione del PIAO, di cui lo stesso è parte, saranno sicuramente apportati nell'eventualità ciò fosse dettato da mutamenti organizzativi e normativi che dovessero intervenire.
- alla luce dell'accordo trilaterale siglato nell'anno 2021 tra le OO.SS., Umbria Salute e Servizi scarl (ora Puntozero scarl) e le quattro Aziende Sanitarie regionali, nel corso del 2023, saranno messe in atto le procedure di reclutamento delle risorse di cui al medesimo accordo, al fine del conseguente inserimento nel Piano del Fabbisogno dell'anno 2024.
- 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; al riguardo è previsto un potenziamento nel breve-medio periodo del personale amministrativo (sia dirigente che non) in ragione delle numerose cessazioni avvenute a vario titolo al fine di mantenere elevati i livelli di efficienza.
- 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. 581 del 23/06/2021;

In ragione di quanto sopra deriva il fabbisogno complessivo di personale determinato in via provvisoria dall'Azienda per il triennio 2023/2025 e la dotazione organica provvisoria ritenuta necessaria ai fini dell'attività complessiva dell'Azienda, così come indicato nella tabella n. 1.

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).

Nel corso dell'anno 2023 l'USL Umbria 2 proseguirà nel percorso di reclutamento di quelle figure professionali per le quali si registra la maggiore carenza in organico. In particolare verranno ulteriormente reiterate procedure di reclutamento per la dirigenza medica (vedasi specialità quali medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza, anestesia e rianimazione, pediatria, cardiologia, ortopedia, igiene epidemiologia e sanità pubblica, Psichiatria) nonché per il ruolo sanitario e socio-sanitario del comparto.

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 collettive e della retribuzione di risultato indicando gli obiettivi prefissati, le azioni da svolgere, il termine e gli indicatori. Nella tabella 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. Nella tabella 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. Nella tabella 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 2022, dopo una serie di annualità in cui si era proceduto ad una progressiva riduzione, è stata costretta a ricorrere nuovamente in diverse 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).

Nella tabella 5 viene indicato il Fabbisogno di tale personale.

CONVENZIONI CON ALTRE AZIENDE DEL SSN

Nella tabella 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.

Tabella n.1

	dotazione organica al 31/12/2022 approvata con atto n. 872 del 31/5/2022	Posti coperti al 30.11.2022				ANNO 2023				ANNO 2024				ANNO 2025				Totale Fabbisogno Triennio	Nuova Dotazione Organica
		Tempo Indeterminato	Tempo determinato			Assunzioni 2023				Assunzioni 2024				Assunzioni 2025					
			su posto vacante	in sostituzioni	esigenze straordinarie	ordinarie	Stabilizzazioni *	legge 68/99	progressioni tra le AREE	ordinarie	Stabilizzazioni *	legge 68/99	progressioni tra le AREE	ordinarie	Stabilizzazioni *	legge 68/99	progressioni tra le AREE		
Dirigenza Medica e Sanitaria																			
Dirigente Medico Struttura Complessa	60	21	1	0	0	10												60	
Dirigente Medico	714	548	22	0	9	40												714	
Dirigente Odontoiatra	2	2	0	0	0	0												2	
Dirigenti Veterinari Struttura Complessa	3	3	0	0	0	0												3	
Dirigenti Veterinari	44	34	4	1	0	6												44	
Dirigente Farmacista Struttura Complessa	1	1	0	0	0	0												1	
Dirigente Farmacista	22	19	0	1	0	3												22	
Dirigente Biologo Struttura Complessa	0	0	0	0	0	0												0	
Dirigente Biologo	19	10	4	0	1	5												19	
Dirigente Chimico	1	0	0	0	0	0												1	
Dirigente Psicologo Struttura Complessa	0	0	0	0	0	0												0	
Dirigente Psicologo	43	21	9	0	0	7												43	
Dirigente Fisico Struttura Complessa	0	0	0	0	0	0												0	
Dirigente Fisico	3	3	0	0	0	0												3	
Dirigente delle Professioni Sanitarie	5	3	0	0	0	0												5	
TOTALE Dirigenza Medica e Sanitaria	917	665	40	2	10	71	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	917	
Dirigenza Professionale																			
Dirigente Architetto	1	1	0	0	0	0												1	
Dirigente Avvocato	0	0	0	0	0	0												0	
Dirigente Ingegnere Struttura Complessa	0	0	0	0	0	0												0	
Dirigente Ingegnere	4	2	0	0	0	2												4	
TOTALE Dirigenza Professionale	5	3	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	
Dirigenza Tecnica																			
Dirigente Agronomo	0	0	0	0	0	0												0	
Dirigente Sociologo	0	0	0	0	0	0												0	
Dirigente Analista	0	0	0	0	0	0												0	

	dotazione organica al 31/12/2022 approvata con atto n. 872 del 31/5/2022	Posti coperti al 30.11.2022				ANNO 2023				ANNO 2024				ANNO 2025				Totale Fabbisogno Triennio	Nuova Dotazione Organica
		Tempo Indeterminato	Tempo determinato			Assunzioni 2023				Assunzioni 2024				Assunzioni 2025					
			su posto vacante	in sostituzioni	esigenze straordinarie	ordinarie	Stabilizzazioni *	legge 68/99	progressioni tra le AREE	ordinarie	Stabilizzazioni *	legge 68/99	progressioni tra le AREE	ordinarie	Stabilizzazioni *	legge 68/99	progressioni tra le AREE		
Dirigente Servizio Sociale Professionale	1	0	0	0	0	1													1
TOTALE Dirigenza Tecnica	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
<u>Dirigenza Amministrativa</u>																			
Dirigente Amministrativo Struttura Complessa	5	5	0	0	0	0													5
Dirigente Amministrativo	6	3	0	0	0	3													6
TOTALE Dirigenza Amministrativa	11	8	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11
<u>Area del Personale di Elevata Qualificazione</u>																			
<u>RUOLO SANITARIO</u>																			
Infermiere di Elevata Qualificazione (ex Cat. D e Cat. D-Liv.Ds)																			
Infermiere Pediatrico di Elevata Qualificazione (ex Cat. D)																			
Ostetrica di Elevata Qualificazione (ex Cat. D e Cat. D-Liv.Ds)																			
Dietista di Elevata Qualificazione (ex Cat. D e Cat. D-Liv.Ds)																			
Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico di Elevata Qualificazione (ex Cat. D e Cat. D-Liv.Ds)																			
Tecnico Sanitario di Radiologia Medica di Elevata Qualificazione (ex Cat. D e Cat. D-Liv.Ds)																			
Ortottista di Elevata Qualificazione (ex Cat. D e Cat. D-Liv.Ds)																			
Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare di Elevata Qualificazione (ex Cat. D)																			

	dotazione organica al 31/12/2022 approvata con atto n. 872 del 31/5/2022	Posti coperti al 30.11.2022				ANNO 2023				ANNO 2024				ANNO 2025				Totale Fabbisogno Triennio	Nuova Dotazione Organica
		Tempo Indeterminato	Tempo determinato			Assunzioni 2023				Assunzioni 2024				Assunzioni 2025					
			su posto vacante	in sostituzioni	esigenze straordinarie	ordinarie	Stabilizzazioni *	legge 68/99	progressioni tra le AREE	ordinarie	Stabilizzazioni *	legge 68/99	progressioni tra le AREE	ordinarie	Stabilizzazioni *	legge 68/99	progressioni tra le AREE		
Tecnico di Neurofisiopatologia di Elevata Qualificazione (ex Cat. D)																			
Fisioterapista di Elevata Qualificazione (ex Cat. D e Cat. D-Liv.Ds)																			
Logopedista di Elevata Qualificazione (ex Cat. D e Cat. D-Liv.Ds)																			
Tecnico Audiometrista di Elevata Qualificazione (ex Cat. D e Cat. D-Liv.Ds)																			
Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro di Elevata Qualificazione (ex Cat. D e Cat. D-Liv.Ds)																			
Podologo di Elevata Qualificazione (ex Cat. D)																			
<u>RUOLO AMMINISTRATIVO</u>																			
Collaboratore Amministrativo-Professionale di Elevata Qualificazione (ex Cat. D e Cat. D-Liv.Ds)																			
<u>RUOLO SOCIOSANITARIO</u>																			
Assistente Sociale di Elevata Qualificazione (ex Cat. D e Cat. D-Liv.Ds)																			
<u>RUOLO TECNICO</u>																			
Collaboratore Tecnico Professionale di Elevata Qualificazione (ex Cat. D e Cat. D-Liv.Ds)																			
TOTALE Area dei Personale di Elevata Qualificazione	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
<u>Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari</u>																			
<u>RUOLO SANITARIO</u>																			
Infermiere (ex Cat. D e Cat. D-Liv.Ds)	1.710	1.586	27	0	35		67												1.710
Infermiere Pediatrico (ex Cat. D)																			0

	dotazione organica al 31/12/2022 approvata con atto n. 872 del 31/5/2022	Posti coperti al 30.11.2022				ANNO 2023				ANNO 2024				ANNO 2025				Totale Fabbisogno Triennio	Nuova Dotazione Organica
		Tempo Indeterminato	Tempo determinato			Assunzioni 2023				Assunzioni 2024				Assunzioni 2025					
			su posto vacante	in sostituzioni	esigenze straordinarie	ordinarie	Stabilizzazioni *	legge 68/99	progressioni tra le AREE	ordinarie	Stabilizzazioni *	legge 68/99	progressioni tra le AREE	ordinarie	Stabilizzazioni *	legge 68/99	progressioni tra le AREE		
Ostetrica (ex Cat. D e Cat. D-Liv.Ds)	113	97	7	0	0	1	2	1											113
Dietista (ex Cat. D e Cat. D-Liv.Ds)	10	7	0	1	0	0													10
Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico (ex Cat. D e Cat. D-Liv.Ds)	86	73	9	1	1	0													86
Tecnico Sanitario di Radiologia Medica (ex Cat. D e Cat. D-Liv.Ds)	99	91	0	2	1	2													99
Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusioni Cardiovascolari (ex Cat. D)																			0
Tecnico di Neurofisiopatologia (ex Cat. D)	7	4	0	1	0	1		1											7
Tecnico Audiometrista (ex Cat. D e Cat. D-Liv.Ds)	3	2	1	0	0	0	1												3
Igienista dentale																			0
Tecnico audioprotesista																			0
Tecnico ortopedico																			0
Odontotecnico																			0
Ottico																			0
Fisioterapista (ex Cat. D e Cat. D-Liv.Ds)	151	137	7	0	0		5												151
Logopedista (ex Cat. D e Cat. D-Liv.Ds)	39	34	0	0	0			1											39
Ortottista (ex Cat. D e Cat. D-Liv.Ds)	7	6	0	0	0														7
Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva																			0
Tecnico riabilitazione psichiatrica																			0
Terapista occupazionale	1	1	0	0	0														1
Massaggiatore non vedente																			0
Educatore professionale	6	5	0	0	0														6
Podologo (ex Cat. D)	3	2	0	0	0														3
Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro (ex Cat. D e Cat. D-Liv.Ds)	76	67	1	0	0	0													76
Assistente sanitario	10	6	0	0	0														10
RUOLO AMMINISTRATIVO																			

	dotazione organica al 31/12/2022 approvata con atto n. 872 del 31/5/2022	Posti coperti al 30.11.2022				ANNO 2023				ANNO 2024				ANNO 2025				Totale Fabbisogno Triennio	Nuova Dotazione Organica
		Tempo Indeterminato	Tempo determinato			Assunzioni 2023				Assunzioni 2024				Assunzioni 2025					
			su posto vacante	in sostituzioni	esigenze straordinarie	ordinarie	Stabilizzazioni *	legge 68/99	progressioni tra le AREE	ordinarie	Stabilizzazioni *	legge 68/99	progressioni tra le AREE	ordinarie	Stabilizzazioni *	legge 68/99	progressioni tra le AREE		
Collaboratore Amministrativo-Professionale (ex Cat. D e Cat. D-Liv.Ds)	125	91	9	1	0	3			7				3						122
<u>RUOLO PROFESSIONALE</u>																			
Assistente Religioso (ex Cat. D)	3	2	0	0	0														3
Specialista della comunicazione istituzionale																			0
Specialista nei rapporti con i media-giornalista pubblico																			0
<u>RUOLO SOCIOSANITARIO</u>																			
Assistente Sociale (ex Cat. D)	62	44	11	0	0		4	5											62
<u>RUOLO TECNICO</u>																			
Collaboratore Tecnico Professionale (ex Cat. D e Cat. D-Liv.Ds)	30	19	9	0	0	4			2										30
TOTALE Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari	2.541	2.274	81	6	37	11	79	8	9	0	0	0	3	0	0	0	0	0	2.541
<u>Area degli Assistenti</u>																			
<u>RUOLO SANITARIO</u>																			
Tecnico Sanitario di Radiologia Medica (ex Cat. C)																			0
<u>RUOLO TECNICO</u>																			
Assistente Informatico (ex Cat. C) -																			0
Assistente Tecnico (ex Cat. C)	54	47	1	0	0	1													54
<u>RUOLO AMMINISTRATIVO</u>																			
Assistente Amministrativo (ex Cat. C)	103	95	0	0	0	5													100
<u>RUOLO PROFESSIONALE</u>																			0
Assistente dell'informazione (ex Cat. C)																			0
TOTALE Area degli Assistenti	157	142	1	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	157
<u>Area degli Operatori</u>																			
<u>RUOLO TECNICO</u>																			

	dotazione organica al 31/12/2022 approvata con atto n. 872 del 31/5/2022	Posti coperti al 30.11.2022				ANNO 2023				ANNO 2024				ANNO 2025				Totale Fabbisogno Triennio	Nuova Dotazione Organica
		Tempo Indeterminato	Tempo determinato			Assunzioni 2023				Assunzioni 2024				Assunzioni 2025					
			su posto vacante	in sostituzioni	esigenze straordinarie	ordinarie	Stabilizzazioni *	legge 68/99	progressioni tra le AREE	ordinarie	Stabilizzazioni *	legge 68/99	progressioni tra le AREE	ordinarie	Stabilizzazioni *	legge 68/99	progressioni tra le AREE		
Operatore Tecnico Specializzato(ex Cat. B-Liv.Bs)	32	23	1	0	0	0												38	
RUOLO SOCIO SANITARIO																			
Operatore Sociosanitario (ex Cat. B-Liv.Bs)	380	293	27	2	53		40											380	
RUOLO AMMINISTRATIVO																			
Coadiutore Amministrativo Senior (ex Cat. B-Liv.Bs)	16	14	1	0	0													16	
TOTALE Area degli Operatori	428	330	29	2	53	0	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	428	
Area del Personale di Supporto																			
RUOLO TECNICO																			
Operatore Tecnico (ex Cat. A e Cat. B)	119	111	1	0	0													119	
RUOLO AMMINISTRATIVO																			
Coadiutore Amministrativo (ex Cat. B)	29	27	0	0	0													29	
TOTALE Area del Personale di Supporto	148	138	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	148	
TOTALE COMPLESSIVO	4.208	3.560	152	10	100	94	119	8	9	0	0	0	3	0	0	0	0	4.208	

* Posti attualmente previsti esclusivamente per stabilizzazione D.lgs. 75/2017 art. 20 comma 1 e L. 234/2021 ex art. 1 comma 268

Tabella n. 2

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE A VARIO TITOLO	
PROFILI	UNITA' UOMO EQUIVALENTE 30/12/2022
Dirigenza Medica Anestesia e Rianimazione	1,47
Dirigenza Medica Angiologia	0,32
Dirigenza Medica Attività Penitenziaria	0,41
Dirigenza Medica Cardiologia	0,83
Dirigenza Medica Chirurgia Generale	2,69
Dirigenza Medica Ematologia	0,14
Dirigenza Medica Emergenza Urgenza \ 118	3,51
Dirigenza Medica Emodialisi	1,06
Dirigenza Medica Gastroenterologia	0,11
Dirigenza Medica Igiene e Medicina Preventiva	0,01
Dirigenza Medica ISP	0,03
Dirigenza Medica Medicina Generale	0,92
Dirigenza Medica Medico Competente	0,28
Dirigenza Medica Nefrologia e Dialisi	0,65
Dirigenza Medica Neurologia	0,76
Dirigenza Medica Neuropsichiatria	0,03
Dirigenza Medica Oncologia	0,27
Dirigenza Medica Ortopedia	0,22

Dirigenza Medica Ostetricia e Ginecologia	0,37
Dirigenza Medica Otorinolaringoiatra	0,00
Dirigenza Medica Pediatria	0,92
Dirigenza Medica Pneumologia	0,15
Dirigenza Medica Pronto Soccorso	4,08
Dirigenza Medica Psichiatria	0,40
Dirigenza Medica Radiodiagnostica	1,00
Dirigenza Medica Riabilitazione	0,01
Dirigenza Medica Ser.D	0,38
Dirigenza Medica Territoriale	0,47
Dirigenza Medica Urologia	0,02
Dirigenza Medica Abbattimento Liste di Attesa (Varie Discipline)	6,12
Dirigenza Sanitaria	1,10
Dirigenza Veterinaria	0,10
Personale di Supporto	11,50
TOTALE COMPLESSIVO	40,36

Tabella n. 3

PERSONALE UNIVERSITARIO IN ASSISTENZA		
	Disciplina	n.
Dirigente Medico	otorinolaringoiatria	1

Tabella n.5

CONTRATTI LIBERO PROFESSIONALI/COCOCO	
PROFESSIONE	N.
MEDICO DI PSICHIATRIA	1
MEDICO LAUREATO SENZA SPECIALIZZAZIONE	1
PSICOLOGO	12
FARMACISTA	5
ANTROPOLOGO	1
MEDICO IN QUIESCENZA CON SPECIALIZZAZIONE	14
MEDICO SPECIALIZZATO	2
FISIOTERAPISTE	2
NEUROPSICOMOTRICISTA	1
ASSISTENTE SOCIALE	2

Tabella n. 6

CONVENZIONI CON ALTRE AZIENDE DEL SSN	ORE ANNUE
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	485
CARDIOLOGIA	162
CHIRURGIA GENERALE	3916
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	1377
DERMATOLOGIA	11
EMATOLOGIA	439
FISIATRIA	64
NEFROLOGIA	1495

NEUROCHIRURGIA	225
NEURORADIOLOGIA	90
OCULISTICA	238
ORTOPEDIA	27
PEDIATRIA	766
PNEUMOLOGIA	62
RADIOLOGIA	785
RADIOTERAPIA	76
REUMATOLOGIA	149
UROLOGIA	347
TOTALE	10.714
UNITA' UOMO EQUIVALENTE	7,14

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 2022. 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 2023-2025 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	Anno2023	Anno 2024	Anno 2025
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 Unico di Garanzia, Dirigenti, Responsabile comunicazione aziendale, Responsabile Formazione, esperti in materia CERSAG		X	X

Obiettivi	Azioni	Coinvolti	Anno2023	Anno 2024	Anno 2025
Conciliazione tempi di vita e di lavoro valorizzazione lavoro agile	-Attività di sensibilizzazione di dirigenti e responsabili sull'autorizzazione al tempo parziale, al telelavoro e al lavoro agile. Effettuazione di momenti/incontri per sensibilizzazione su queste tematiche; Valorizzazione delle professionalità dei dipendenti a tempo parziale; Realizzazione di iniziative formative rivolte sia ai responsabili delle strutture che ai collaboratori sulla gestione delle relazioni a distanza dovute dalla maggiore fruizione del lavoro da remoto	CUG, Formazione, Servizio Informatico, Comunicazione, Ufficio Relazioni Sindacali, Servizio amministrazione del Personale	X	X	X
Favorire politiche concilianti il benessere personale e la responsabilità lavorativa	Potenziamento e/o convenzioni per un percorso di accesso semplificato a prestazioni diagnosticoterapeutiche/ o di screening	CUG, Servizi di diagnosi e cura USL Umbria 2	X	X	X
Prevenzione e contrasto dello Stress lavoro correlato, relazioni uomo/donna sul posto di lavoro	Somministrazione del questionario INAIL modificato da sottoporre ai dipendenti valutando la capacità di far emergere i problemi e i disagi stress correlati che sono eventualmente presenti. Valutare anche attraverso un'analisi audio anonima quale sia la modalità di comunicazione, i toni, la semantica utilizzata tra i diversi operatori dei servizi; sia in termini orizzontali che verticali, al fine di verificare se sussistono differenze di relazioni uomo-donna, uomo-uomo, dirigente-sottoposto	Professionisti esperti nella comunicazione, psicologi del lavoro	X	X	X

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

Obiettivi	Azioni	Coinvolti	Anno2023	Anno 2024	Anno 2025
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

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

Area D - Prevenire e contrastare discriminazioni e molestie sul lavoro

Obiettivi	Azioni	Coinvolti	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
<p>Sviluppo di una cultura lavorativa fondata sul rispetto e sulla valorizzazione delle differenze</p>	<p>Strutturare eventi formativi su tematiche delle pari opportunità, sulle differenze di genere, sul ciclo della violenza, sulla prevenzione della discriminazione</p>	<p>Formazione, CUG, Gruppo Violenza</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>
<p>Mobbing, servizi di ascolto e consulenza</p>	<p>Assistere e supportare i cittadini che subiscono le conseguenze, a volte gravi, di atti discriminatorie persecutori o violenze psicologiche nel proprio ambiente di lavoro ed indirizzare i lavoratori al Collegio Mobbing della Azienda UsL Umbria 2, composto da professionisti dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro e del Dipartimento di Salute Mentale</p>	<p>SPSAL, SPPA, Dipartimento Salute Mentale</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>
<p>Costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare ed interprofessionale per il contrasto alla violenza sugli operatori sanitari</p>	<p>Pianificazione/effettuazione di attività formativa in tema di prevenzione e gestione dei conflitti, per l'apprendimento di tecniche di de-escalation, coinvolgendo soprattutto gli operatori dei tre Pronto Soccorso, dei quattro PPI e degli sportelli e dei front-office aziendali. Attivazione di un sistema di segnalazione spontanea da parte degli operatori sanitari vittime di episodi di violenza attraverso uno strumento di reporting interno indirizzato all'Area Gestione del Rischio e al SPPA (scheda di segnalazione interna)</p>	<p>SPPA, Risk Manager</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>



USL Umbria2

MONITORAGGIO E VERIFICA

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

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

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