

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**  
**n. 0000053 del 31/01/2024**

**OGGETTO:**

APPROVAZIONE DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2024 - 2026.

**VISTA**

Proposta n. 0000085 del 31/01/2024 a cura di S.C. Affari Generali e Legali  
Hash.pdf (SHA256):a7a783dea9d9e8f84d3f3ed21608bc2a54d5fb730b2f132df018447706a63ce0

firmata digitalmente da:

Il Responsabile del Procedimento  
RPA - Andrea Lorenzoni

Il Responsabile S.C. Affari Generali e Legali  
Maria Rita Bruscolotti

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
Parere: FAVOREVOLE  
Maria Mariani

IL DIRETTORE SANITARIO  
Parere: FAVOREVOLE  
Pietro Manzi

**DELIBERA**

**Di fare integralmente propria la menzionata proposta che allegata al presente atto ne costituisce parte integrante e di disporre così come in essa indicato.**

IL DIRETTORE GENERALE  
Andrea Casciari

Il Dirigente ad interim della Struttura Complessa Affari Generali e Legali e relazioni istituzionali Dott.ssa Maria Rita Bruscolotti relaziona quanto segue:

VISTO il D. Lgs.vo 30.12.1992 n. 502 “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*” e sue successive modifiche ed integrazioni

RICHIAMATA la L. R. 9 aprile 2015 n. 11 recante “*Testo unico in materia di Sanità e Servizi Sociali*” pubblicata sul Bollettino Ufficiale n. 21 del 15/04/2015 e s.m.i.;

VISTO il Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni nella Legge 6 agosto 2021, n.113 recante “*Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia*” che, all'art. 6, comma 1, prevede che entro il 31 gennaio di ciascun anno le pubbliche amministrazioni, di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165, con più di cinquanta dipendenti, adottino il Piano integrato di attività e organizzazione” (PIAO), di durata triennale, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012, n. 190;

DATO ATTO che come definito all'art. 6 co 1 e 2 del D.L. 80/2021, il PIAO ha lo scopo di assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva evoluzione anche in materia di diritto di accesso, e definisce:

- a) gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e i criteri direttivi di cui all'articolo 10 del D. Lgs. n. 150/2009;
- b) la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, nonché gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali, manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- c) gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al Piano Triennale dei Fabbisogni del personale, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili destinata alle progressioni di carriera del personale, assicurando altresì adeguata informazione alle OO.SS.;
- d) gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione – aggiornamento 2023, approvato con Deliberazione ANAC n. 605 n del 19.12.2023;
- e) 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 inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;
- f) 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;
- g) le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

Al comma 3 art. 6 DL 80/2021 il Piano definisce le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione dell'utenza mediante gli strumenti di cui al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, nonché del monitoraggio dei procedimenti attivati ai sensi del decreto legislativo 20 dicembre 2009, n. 198;

VISTO il Regolamento adottato con DPR 24-06-2022 n. 81 recante l'individuazione degli adempimenti e l'abrogazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione. (22G00088) (GU Serie Generale n.151 del 30-06-2022);

PRESO ATTO dell'art. 1 del DPR DEL 24 giugno 2022 n. 81, con il quale si specifica al comma 1: “che per le amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, co. 2 del D.lgs 165/2001, con più di 50 dipendenti, sono soppressi in quanto assorbiti nelle apposite sezioni del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), gli adempimenti inerenti ai piani: “a) art. 6, commi 1,4 (piano dei Fabbisogni) e 6, e artt. 60 bis (piano delle azioni Concrete) e 60-ter, del d.lgs 165/2001; b) articolo 2, comma 594, lettera a), della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio); c) art. 10, comma 1, lett.a), e 1-ter, dal d.lgs. 27.10.2009 n. 150 (Piano delle Performance); d) art. 1, commi 5, lettera a e 60, lettera a), della legge 6.11.2012 n. 190 (Piano della prevenzione della Corruzione); e) art. 14, comma 1, della Legge 7.08.2015 n. 124 (Piano Organizzativo del lavoro agile); f) art. 48, comma 1, del D.Lgs 11.04.2006, n. 198 (Piano di azioni positive).”;

VISTO il parere del Consiglio di Stato espresso dalla Sezione consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del 17 febbraio 2022 sullo schema di decreto del Presidente della Repubblica previsto dall'articolo 6, comma 5, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, nell'ambito del quale si attribuisce al decreto di cui al comma 6, del citato articolo 6, valore regolamentare ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400;

VISTI i pareri del Consiglio di Stato n.506 del 02/03/2022 e 902 del 26/05/2022;

VISTO, altresì, il Regolamento adottato con Decreto 30 giugno 2022, n. 132 (GU Serie Generale n.209 del 07-09-2022) che ha definito il contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO);

PRESO ATTO altresì, dello schema tipo allegato al decreto 30 giugno 2022, n. 132 del Ministro per la Pubblica Amministrazione concernente la definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione corredato del Piano-tipo per le amministrazioni pubbliche e dalle Linee guida per la compilazione;

CONSIDERATO, che per quanto attiene alla Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza, il Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) in data 2 febbraio 2022 ha approvato un Vademecum circa gli “Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022” e la successiva approvazione con Deliberazione ANAC n. 605 n del 19.12.2023 del PNA – aggiornamento 2023, cui dovranno uniformarsi gli Enti che sono destinatari della disciplina sul PIAO;

VISTO il documento complessivo del PIAO elaborato nelle singole sezioni con dati convalidati dai dirigenti, ognuno per i propri settori di competenza i quali assumendosene la responsabilità ne attestano, altresì, la conformità alla normativa vigente;

RITENUTO, pertanto, l'indicazione ad adottare entro il 31 gennaio di ciascun anno, l'aggiornamento del Piano Integrato di Attività e Organizzazione considerando, quali parti costituenti lo stesso le seguenti 4 sezioni, che sostituiscono i Piani di organizzazione, sopra richiamati e precisamente secondo lo schema tipo allegato al decreto 30 giugno 2022, n. 132:

- Sezione 1: Scheda anagrafica dell'amministrazione,
- Sezione 2: Valore pubblico, Performance e Anticorruzione
- Sezione 3: Organizzazione e Capitale umano
- Sezione 4: Monitoraggio.

ATTESO CHE, ai sensi del comma 4 dell'art.6 del DL 80/2021, il presente provvedimento deve essere pubblicato nella Sezione Amministrazione Trasparente del sito internet istituzionale ed inviato al

Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la pubblicazione sul relativo portale;

**RICHIAMATI:**

- il decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165 "Norme generali sull'ordinamento alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";
- il decreto legislativo 11 aprile 2006, n.198 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'articolo 6 della legge 28 novembre 2005, n.246";
- il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza delle Pubbliche Amministrazioni";
- la Legge 6 novembre 2012, n.190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";

PRESO ATTO che il responsabile del procedimento, il Dirigente della Struttura proponente, attesta di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, tale da pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto ed attesta l'insussistenza di cause di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis della legge n. 241/90 e ss.mm.ii e art. 1, comma 9, lett. e) della Legge n. 190/2012 e l'inesistenza delle condizioni di incompatibilità di cui l'art. 35-bis del D. Lgs. n. 165/2001;

DATO ATTO che la formulazione della proposta di un atto deliberativo impegna la responsabilità del soggetto proponente in ordine alla regolarità amministrativa e legittimità del contenuto della stessa;

**PROPONE AL DIRETTORE GENERALE**

Giusta la premessa in narrativa che qui si intende integralmente richiamata,

DI APPROVARE il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) 2024 – 2026 predisposto dal Gruppo di Lavoro aziendale appositamente istituito, Piano che in allegato costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto (Allegato A), predisposto nei termini seguenti:

*sezione di programmazione 1, scheda anagrafica dell'amministrazione*

*sezione di programmazione 2, valore pubblico, performance e anticorruzione*

*sezione di programmazione 3, organizzazione e capitale umano*

*sezione di programmazione 4, monitoraggio*

*Allegato 1 Relazione annuale R.P.C. anno 2023*

*Allegato 2 Mappatura dei processi*

*Allegato 3 Elenco obblighi di pubblicazione*

*Allegato 4 Piano Triennale Fabbisogno Personale 2024 - 2026*

DI RISERVARSI di procedere tempestivamente ad eventuali modifiche e/o integrazioni del Piano a seguito di novità normative e/o indicazioni regionali che dovessero intervenire successivamente all'approvazione del Piano stesso;

DI PREVEDERE, contestualmente all'approvazione del presente atto, la pubblicazione del Piano nel sito internet istituzionale e la trasmissione al Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la pubblicazione sul relativo portale;

DI TRASMETTERE il presente atto a tutte le strutture coinvolte nel Gruppo di Lavoro aziendale;

DI STABILIRE che l'adozione del presente atto non comporta oneri aggiuntivi per l'Azienda.

DI INDIVIDUARE quale responsabile del procedimento ai sensi e per gli effetti degli articoli 5 e 6 della Legge 7 agosto 1990 n. 241 il Dott. Andrea Lorenzoni cui è delegato ogni atto esecutivo del presente provvedimento;

Stante l'urgenza di provvedere in merito di attribuire al presente provvedimento l'immediata esecutività.

RPA

*Dott. Andrea Lorenzoni*

Dirigente Amministrativo

*Dott.ssa Maria Rita Bruscolotti*

# PIANO INTEGRATO di ATTIVITA' e ORGANIZZAZIONE 2024 - 2026

## **1 Premessa.**

## **2 Scheda anagrafica dell'amministrazione.**

- > *Chi siamo, Missione e Visione;*
- > *Cosa facciamo.*

## **3 Valore pubblico, performance e anticorruzione.**

### **3.1 Valore pubblico:**

- > *L'accessibilità digitale;*
- > *L'accessibilità fisica;*
- > *Le procedure da reingegnerizzare.*
- > *Qualità e Accreditamento aziendale*

### **3.2 Performance:**

- > *Performance strategica;*
- > *Performance organizzativa;*
- > *Performance individuale.*

### **3.3 Rischi corruttivi:**

- > *Gli attori del sistema aziendale di prevenzione della corruzione e trasparenza;*
- > *Obiettivi strategici del PTPCT 2024-26;*
- > *Analisi del contesto esterno e interno;*
- > *Mappatura dei processi;*
- > *Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti;*
- > *Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio;*
- > *Responsabile del Centro di aggiornamento e formazione del personale;*
- > *Antiriciclaggio.*

### **3.4 Trasparenza:**

- > *Attività e principali novità nel 2024.*

## **4 Organizzazione del lavoro agile.**

- > *Livello di attuazione e sviluppo del lavoro agile;*
- > *Modalità attuative del lavoro agile;*

- > *Organizzazione del lavoro;*
- > *Spazio di lavoro;*
- > *Dotazione tecnologica;*
- > *Formazione e competenze;*
- > *Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile;*
- > *lavoro agile.*

**5 Piano triennale del fabbisogno di personale.**

**6 Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità.**

**7 Monitoraggi.**

- > *Monitoraggio del valore pubblico e performance;*
- > *Monitoraggio dei rischi corruttivi;*
- > *Monitoraggio del lavoro agile.*

## 1. Premessa

Il decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80 convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021, N.113, recante “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia”, ha contribuito ad una più coerente definizione della cornice normativa necessaria alla realizzazione delle misure contenute nel PNRR; il decreto-legge 80/2021, in particolare, rappresenta lo strumento con il quale il legislatore ha voluto rafforzare la capacità amministrativa e funzionale della Pubblica Amministrazione quale scelta strategica per l’attuazione degli obiettivi del PNRR, muovendosi sul duplice piano di una nuova politica delle “assunzioni” da un lato e di una diversa strategia programmatica dall’altro con l’introduzione del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) che deve essere adottato dalle pubbliche amministrazioni e va presentato entro il 31 gennaio di ogni anno. Ha durata triennale, dovrà essere aggiornato annualmente, e definisce gli strumenti e le fasi “per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell’attività e dell’organizzazione amministrativa, nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione”, al fine di migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del D.Lgs. 150/2009 e della Legge 190/2012.

La finalità del PIAO è quindi quella di assicurare la qualità e la trasparenza dell’attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi.

Il PIAO sostituisce e declina in modo integrato e coordinato:

- a) il Piano della Performance, che definisce gli obiettivi programmatici e strategici della performance dell’Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- b) il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), che è finalizzato alla piena trasparenza dei risultati dell’attività e dell’organizzazione amministrativa, nonché a raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall’ANAC con il Piano nazionale anticorruzione;
- c) il Piano Operativo del Lavoro Agile (POLA), che stabilisce le modalità di svolgimento dello smart working quale modalità alternativa allo svolgimento della prestazione lavorativa in presenza, ed in particolare le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale 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;
- d) il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) che, compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al Piano Triennale dei Fabbisogni di personale, definisce 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, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell’esperienza professionale maturata e dell’accrescimento culturale conseguito, assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;
- e) il Piano della Formazione, che individua gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all’accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all’ambito d’impiego e alla progressione di carriera;
- f) Il Piano delle Azioni Positive, che è un documento programmatico mirato ad introdurre azioni positive all’interno del contesto organizzativo e di lavoro per riequilibrare le situazioni di disparità di condizioni fra uomini e donne che lavorano all’interno dell’Ente. Tratto peculiare del PIAO è senza dubbio il suo carattere integrato, atteso che si configura come un documento programmatico unico, snello ed efficiente, che accorpa piani, programmi e previsioni dal contenuto eterogeneo.

Il PIAO definisce anche le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione degli stakeholder stessi.

## **2. Scheda anagrafica dell'Amministrazione**

L'Azienda Ospedaliera di Terni è stata istituita con DPCM del 03.03.1994 che ne sancisce il rilievo nazionale e la missione di alta specialità e con il quale è stata nuovamente confermata la Convenzione con l'Università degli Studi di Perugia, per via della presenza, presso l'A.O. di Terni, del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia. Dalla sua istituzione l'A.O. ha svolto la propria attività nei limiti del mandato regionale contemperando al suo interno le tre funzioni che sono divenute peculiari dell'attività aziendale:

1. la funzione di ospedale generale rivolto al soddisfacimento dei bisogni della comunità locale;
2. la funzione di alta specialità connaturata al ruolo di Azienda Ospedaliera e sostenuta validamente dalla presenza accademica;
3. il ruolo di Ospedale di Area Vasta, in grado, per ragioni logistiche e di offerta sanitaria, di soddisfare la domanda di un ampio bacino d'utenza comprendendo anche territori extraregionali, limitrofi e non.

L'Azienda Ospedaliera "S. Maria" di Terni si caratterizza per l'attività assistenziale di ricovero, per le prestazioni ambulatoriali specialistiche, per l'attività di emergenza-urgenza, e persegue lo sviluppo delle attività di alta specializzazione, favorendo l'innovazione in ambito clinico ed organizzativo, anche tramite l'introduzione di tecnologie all'avanguardia per diagnosi e cura.

### **La missione dell'Azienda**

Di seguito si descrive la missione aziendale, così come approvata dal Tavolo Strategico del 29/01/2020

“La missione dell'Azienda Ospedaliera 'S. Maria' di Terni, è quella di fornire prestazioni sanitarie altamente qualificate al fine di assicurare e garantire una esauriente tutela della salute quale bene collettivo e individuale.

Il ruolo dell'Azienda Ospedaliera 'S. Maria' di Terni ha trovato una sua originale esplicitazione nella somma di una serie di funzioni che, fin dalle sue origini, è stata descritta come 'ospedale globale' caratterizzato da una triplice configurazione funzionale:

- Ospedale di alta specializzazione
- Ospedale di comunità
- Ospedale di università e ricerca”

### **La visione dell'Azienda**

Di seguito si descrive la visione aziendale, così come approvata dal Tavolo strategico del 29/01/2020

“Garantire l'equità di accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie, la sicurezza degli utenti e degli operatori, l'appropriatezza degli interventi e delle prestazioni erogate in un contesto di umanizzazione della struttura, razionalità degli interventi ed economicità delle scelte gestionali.

Garantire il coinvolgimento dei cittadini, sia come utenti che attraverso le associazioni, ai fini del miglioramento della qualità del servizio reso e della sua valutazione.

Garantire un modello organizzativo finalizzato a modulare l'assistenza in base alle esigenze del paziente.”

### **Attività svolte**

In questo paragrafo vengono evidenziati una serie di dati e indicatori riferiti alle attività erogate dall'Azienda Ospedaliera di Terni.

Relativamente al presente Piano della Performance è indispensabile, prima di presentare i dati di attività ed economici, evidenziare come la pandemia da Covid-19 ha avuto nel quadriennio 2020-2023 effetti importanti su praticamente quasi tutti gli indicatori, in attenuazione nel 2023.

I dati e le tabelle che seguono dimostrano in maniera inequivocabile le conseguenze di tali effetti.

- **Ricoveri**

Il numero dei ricoveri nei primi 11 mesi 2023 è stato pari a 22.007 unità, di cui 18.618 in regime ordinario e 3.389 in regime diurno.

Le giornate di degenza sono state 146.313 per quanto riguarda i ricoveri ordinari e 9.406 in regime diurno (day hospital / day surgery).

Altri indicatori degni di nota evidenziano che la complessità della casistica (peso medio dei DRG) è pari a 1,29, l'indice di performance (che misura l'inappropriatezza delle giornate di degenza) è uguale a un valore di 107,8 e l'incidenza percentuale dei ricoveri di pazienti provenienti da altre regioni è del 16,3 %.

	<b>PRIMI 11 MESI 2023</b>	<b>PRIMI 11 MESI 2022</b>	<b>PRIMI 11 MESI 2019</b>	<b>DIFF. % 23-22</b>	<b>DIFF. % 23-19</b>
<b>NUMERO RICOVERI</b>					
Ordinari	18.618	18.862	21.336	-1,7	-12,7
Day Hospital / Day Surgery	3.389	2.688	4.350	26,1	-22,1
Media Bassa Spec. Regionale	17.046	16.854	19.449	1,1	-12,4
Alta Spec. Regionale	1.367	1.278	1.240	7,0	10,3
Altre Regioni	3.594	3.418	4.997	5,1	-28,1
<b>TOTALE</b>	<b>22.007</b>	<b>21.550</b>	<b>25.686</b>	<b>2,1</b>	<b>14,323</b>
<b>GG. DEGENZA</b>					
Ordinari	146.313	148.116	152.768	-1,2	-4,2
Day Hospital / Day Surgery	9.406	7.487	11.267	25,6	-16,5
<b>TOTALE</b>	<b>155.719</b>	<b>155.603</b>	<b>164.035</b>	<b>3,9</b>	<b>-5,1</b>
<b>ALTRI INDICATORI</b>					
Peso medio DRG (ricoveri ordinari)	1,29	1,26	1,18		
Indice di performance	107,8	108,1	103,7		
Incidenza % ricoveri extraregionali	16,3	15,8	19,3		

- **Specialistica ambulatoriale**

Nell'Azienda Ospedaliera di Terni nel 2023 sono state erogate 2,39 mln. di prestazioni specialistiche ambulatoriali, delle quali 1,67 mln. di diagnostica di laboratorio.

La tabella che segue fornisce le informazioni dettagliate per reparto / specialità.

	<b>2023</b>	<b>2022</b>	<b>2019</b>	<b>DIFF. % 23- 22</b>	<b>DIFF. % 23- 19</b>
<b>NUMERO PRESTAZIONI</b>					

Oculistica	12.656	12.099	15.461	4,6	-18,1
Endoscopia Operativa	3.001	2.084	7.993	44,0	-62,5
Endocrinologia	1.785	4.502	9.976	-60,4	-82,1
Diabetologia	12.192	10.998	18.305	10,9	-33,4
Dermatologia	7.150	5.881	9.152	21,6	-21,9
Oncologia / Oncoematologia	44.436	56.854	70.523	-21,8	-37,0
Ostetricia e Ginecologia	9.218	7.591	9.625	21,4	-4,2
Neurofisiopatologia	25.219	20.416	18.521	23,5	36,2
Cardiologia	7.546	7.215	10.069	4,6	-25,1
Diagnostica per Immagini	44.243	27.047	42.298	63,6	4,6
Laboratorio / Trasfusionale	1.674.631	1.666.322	1.659.916	0,5	0,9
Medicina Nucleare	6.368	5.793	6.499	9,9	-2,0
Radioterapia	76.187	87.998	61.784	-13,4	23,3
Anatomia Patologica	18.463	14.022	10.016	31,7	84,3
Nefrologia e Dialisi	43.556	44.424	30.555	-2,0	42,5
Pronto Soccorso	316.359	287.949	265.783	9,9	19,0
Altri reparti / servizi	86.372	65.440	73.435	32,0	17,6
<b>TOTALE</b>	<b>2.389.379</b>	<b>2.326.634</b>	<b>2.319.911</b>	<b>2,7</b>	<b>3,0</b>

- **Pronto Soccorso**

Il numero di accessi in Pronto Soccorso nel 2023 è stato di 48.771 unità, dei quali 10.926 sono stati seguiti da ricovero.

Riguardo alla gravità del codice Triage, i più numerosi sono stati i codici verdi (19.687, pari al 40,4% del totale), seguiti dai codici azzurri.

	2023	2022	2021	DIFF.% 23-22	DIFF.% 23-21
<b>N. Accessi</b>	48.771	41.024	34.881	18,9	39,8
<b>di cui in OBI</b>	1.815	1175	506	54,5	258,7
<b>di cui ricoverati</b>	10.926	11.517	12.641	-5,1	-13,6
<b>di cui extraregionali</b>	6.175	5.212	3.886	18,5	58,9

Codice TRIAGE	2023	% su TOT	2022	% su TOT
<b>Bianco</b>	9.426	19,3	4.798	11,7
<b>Verde</b>	19.687	40,4	23.422	57,1
<b>Azzurro</b>	10.802	22,1		
<b>Giallo</b>	7.256	14,9	10.978	26,8
<b>Rosso</b>	1.600	3,3	1.826	4,5

- **Sala Operatoria**

Gli interventi chirurgici in sala operatoria, nel 2023, sono stati 20.656.

Riguardo all'attività chirurgica si sottolinea che la Direzione Generale ha attivato un tavolo operativo allo scopo di rendere il più efficiente possibile l'utilizzo delle sale operatorie.

Nella tabella seguente viene riportato il numero delle procedure chirurgiche effettuate nell'anno 2023 da ciascun reparto.

REPARTO	2023	2022	2019	DIFF.% 23-22	DIFF.% 23-19
Clinica Dermatologica	230	206	205	11,7	12,2
Nefrologia	29	19	0	52,6	
Chirurgia Generale Deg.Breve	548	374	819	46,5	-33,1
Chirurgia Generale Spec.Chir	1.494	1.384	1.561	7,9	-4,3
Urologia	379	243	259	56,0	46,3
Chirurgia Urologica Miniinv.	143	244	455	-41,4	-68,6
Chirurgia Urologica Aug	297	249	277	19,3	7,2
Divisione Ortopedica	1.221	1.191	1.241	2,5	-1,6
Chirurgia Mano	1.084	1.003	998	8,1	8,6
Chirurgia Plastica	275	200	247	37,5	11,3
Oculistica	3.557	3.771	3.636	-5,7	-2,2
Clinica Otorino	743	601	913	23,6	-18,6
Chirurgia Maxillo-Facciale	249	188	271	32,4	-8,1
Neurochirurgia	808	789	683	2,4	18,3
Cardioanestesia	20	32		-37,5	
Cardiochirurgia	276	263	279	4,9	-1,1
Aritmologia Cardiaca	613	569	520	7,7	17,9
Emodinamica	1.647	1.521	1.592	8,3	3,5
Chirurgia Toracica	245	207	215	18,4	14,0
Chirurgia Vascolare	399	396	447	0,8	-10,7
Divisione Ostetrica-Ginecol.	968	885	1.184	9,4	-18,2
Endoscopia Operativa	350	291	279	20,3	25,4
Epatogastroenterologia	29	42	20	-31,0	45,0
Chirurgia Digestiva	853	690	943	23,6	-9,5
Anestesia e Rianimazione	425	480	23	-11,5	1747,8
Oncoematologia	260	290	356	-10,3	-27,0
Radiologia	3.514	3.487	2.957	0,8	18,8
<b>TOTALE</b>	<b>20.656</b>	<b>19.615</b>	<b>20.380</b>	<b>5</b>	<b>1,4</b>

- **Andamento volume finanziario attività**

Nella tabella che segue è indicato il trend dei volumi finanziari di attività (€) prodotti dall'Azienda Ospedaliera di Terni dal 2018 al 2023, misurati mediante gli attuali tariffari vigenti dell'attività di ricovero e di quella specialistica ambulatoriale.

Come si può notare, l'emergenza dovuta alla pandemia da COVID ha fortemente influito sui volumi di attività erogati. Nell'anno 2023 il risultato supera i valori precedenti la pandemia, con un trend in forte risalita.

Indicatore	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Volume attività di ricovero medio-bassa specialità regionale	54.672.002	54.859.429	45.747.226	53.477.542	52.057.505	52.398.799
Volume attività di ricovero alta specialità regionale	22.130.666	20.254.779	21.580.531	23.824.999	22.694.123	24.360.754

Volume attività di ricovero extraregionale	19.330.099	18.857.365	13.164.391	12.525.219	14.023.320	14.616.262
<b>Totale Volume Attività di Ricovero</b>	<b>96.132.767</b>	<b>93.971.573</b>	<b>80.492.148</b>	<b>89.827.760</b>	<b>88.774.948</b>	<b>91.375.815</b>
Volume attività specialistica ambulatoriale medio-bassa specialità regionale	29.827.823	31.723.547	26.022.379	28.478.239	34.038.959	34.648.224
Volume attività specialistica ambulatoriale extraregionale	4.013.097	4.400.861	3.655.790	3.700.150	4.153.952	4.560.552
<b>Totale Volume Attività Specialistica Ambulatoriale</b>	<b>33.840.920</b>	<b>36.124.408</b>	<b>29.678.169</b>	<b>32.178.389</b>	<b>38.192.911</b>	<b>39.208.776</b>
<b>Totale Volume Attività</b>	<b>129.973.687</b>	<b>130.095.981</b>	<b>110.170.317</b>	<b>122.006.149</b>	<b>126.967.859</b>	<b>130.584.591</b>

### **3. Valore Pubblico Performance e Anticorruzione**

#### **Valore pubblico**

L'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni, assume i seguenti valori di riferimento, che orientano la programmazione strategica e la gestione delle proprie attività:

Centralità della Persona, intesa quale capacità del “sistema azienda” di porre al centro delle sue azioni la persona, concepita sia quale come soggetto fruitore sia come erogatore di assistenza, realizzando una organizzazione di “Persone che si prendono cura di Persone”, in questo contesto l'URP garantisce la trasparenza amministrativa e la qualità dei servizi, e fornisce uno strumento organizzativo adeguato alle esigenze di attuazione delle funzioni di comunicazione istituzionale e contatto con i cittadini;

Equità, volta a rendere disponibili e facilmente accessibili le informazioni necessarie a consentire una fruibilità consapevole, corretta e tempestiva dei servizi e delle prestazioni offerte, garantendo in base al bisogno pari e tempestive opportunità di accesso alle prestazioni, e al contempo riducendo la variabilità dell'assistenza attraverso un allineamento delle competenze professionali richieste su dichiarati standard di eccellenza;

Qualità dell'attività assistenziale, mediante la promozione di percorsi assistenziali in grado di avvalersi delle diverse e specifiche competenze professionali allo scopo di realizzare un'assistenza appropriata, fondata sulle migliori evidenze scientifiche e sul principio della sicurezza per i pazienti, in questo contesto è stato Istituito a febbraio 2018, il CAD – Centro di Ascolto Disabilità che è un servizio interamente dedicato alle esigenze e alla presa in carico delle persone con disabilità motoria e complessa. Garantisce diversi livelli di assistenza sia nel percorso programmato sia in quello dell'emergenza-urgenza;

Qualità dell'attività amministrativa, promuovendo l'adozione di procedure amministrative volte a prevenire/mitigare i rischi amministrativi-contabili e a garantire la massima efficienza, sulla base dei principi di legalità, trasparenza, riservatezza, buon andamento, efficacia, efficienza ed economicità;

Didattica e formazione, assicurando lo svolgimento delle funzioni didattiche previste dai percorsi formativi dei corsi di laurea e di specializzazione attivati dall'Università degli Studi di Perugia, anche integrando e valorizzando il personale del SSN in possesso dei necessari requisiti di qualificazione scientifica e professionale, ed investendo nel sistema di formazione continua del personale, per garantire il mantenimento, l'adeguamento e lo sviluppo delle conoscenze professionali e culturali in grado di incidere sull'appropriatezza e la qualificazione degli interventi;

Ricerca e innovazione, mediante la promozione di processi di avanzamento diagnostico, terapeutico e tecnologico in grado di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini che, per complessità, gravità e rarità, necessitano di soluzioni innovative, valorizzando il ruolo della ricerca clinica e gestionale;

Eticità, riconoscere adeguata attenzione alle problematiche di natura etica relative alla pratica clinica, alla sperimentazione e all'organizzazione, impegnandosi a tutelarne i principi;

Trasparenza, assicurando visibilità e chiarezza nei rapporti sia interni che esterni, in una logica di responsabilità dei risultati così da favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento degli obiettivi, e sviluppando un sistema di comunicazione che garantisca omogeneità, coerenza, diffusione e correttezza dell'informazione interna ed esterna;

Sostenibilità, attraverso lo sviluppo di politiche gestionali attente ai problemi di sostenibilità ambientale, economica ed organizzativa.

Collaborazione con Associazioni di Volontariato con le quali l'Azienda Ospedaliera ha avviato una sinergia che garantisce la presenza nei reparti e servizi, offrendo il loro importante contributo nei luoghi in cui è sensibile la degenza e il percorso curativo offerto, con spirito di solidarietà verso chi soffre, verso i più deboli e di chi ha bisogno di aiuto.

### **L'accessibilità digitale**

Le Azioni ed i progetti volti ad assicurare l'Accessibilità Digitale, ossia assicurare la capacità dei sistemi informatici di erogare Servizi e fornire Informazioni fruibili senza discriminazioni anche da parte di coloro che a causa di Disabilità o dell'età, gli ultrasessantacinquenni, necessitano di Tecnologie "assistive" o configurazioni particolari, sono intraprese a livello Aziendale secondo i seguenti Obiettivi di Accessibilità:

- Adeguamento ai criteri di accessibilità del sito istituzionale attraverso la rivisitazione di alcune parti e contenuti del sito web stesso;
- Analisi dell'usabilità del sito web istituzionale attraverso la programmazione delle attività di analisi secondo le specifiche AGID;
- Rivisitazione del layout ed alcune sezioni informative del sito;
- Ottimizzazione modalità di gestione dei contenuti del sito web.

### **L'accessibilità fisica**

Nell'ambito dell'attività di gestione dei reclami sono state spesso trattate segnalazioni degli utenti che lamentano varie difficoltà di accesso alle strutture. In questi casi l'URP è tenuto a coinvolgere e sensibilizzare i responsabili interessati, al fine di individuare soluzioni operative per migliorare l'accessibilità. Si segnala, tra l'altro, che il sistema di classificazione regionale delle segnalazioni prevede alcune categorie che hanno attinenza con queste problematiche: oltre ai reclami sull'accessibilità ai servizi, che riguardano essenzialmente i tempi di attesa, è presente una ulteriore categoria relativa a "strutture e logistica" in cui vengono inseriti proprio i reclami sul tema dell'accessibilità fisica alle strutture.

Prevede un apposito percorso assistenziale per soggetti con bisogni speciali, in particolare per le persone con disabilità, al fine di favorire un equo accesso ai servizi sanitari in regime ambulatoriale, di

ricovero e di emergenza/urgenza. Il percorso si rivolge alle persone con disabilità di vario tipo, che presentano bisogni speciali e devono accedere alle prestazioni del sistema sanitario. Vengono quindi individuati i particolari bisogni di ciascun soggetto, affinché siano adottate idonee soluzioni e venga facilitato l'accesso alle prestazioni. È presente una équipe adeguatamente formata che provvede a definire e personalizzare il percorso assistenziale.

### Le procedure da reingegnerizzare

La A.O. ha in corso di definizione un Programma pluriennale per le Azioni di Innovazione Digitale in Sanità, con l'obiettivo di affrontare organicamente, in maniera Integrata tutti gli aspetti chiamati in causa dalla riforma: Organizzazione, Processi, Tecnologie Digitali.

Nello specifico si procederà a reingegnerizzare le seguenti procedure:

- Consolidamento Anagrafica Regionale
- Condivisione a livello Regionale dei Progetti riguardanti i Quattro principali Sistemi di Diagnostica in uso in Ospedale che sono Radiologia, Laboratorio Analisi, SIT e Anatomia Patologica
- Completamento Cartella Clinica Informatizzata nella quale confluiranno i Referti di una serie di sistemi Diagnostici.

### Qualità e accreditamento aziendale

L'OMS definisce la qualità dei servizi sanitari come la capacità di *“Dare a **ciascun paziente** l'insieme di atti diagnostici e terapeutici che gli **assicurino il risultato migliore** in termini di **salute**, in **conformità** allo stato attuale delle conoscenze scientifiche, al **costo** migliore a parità di risultato, al **minor rischio** iatrogeno e orientato alla **maggior soddisfazione** possibile per le procedure, i risultati ed i contatti umani ricevuti dall'organizzazione sanitaria.....”*. L'offerta di qualità coinvolge l'intera organizzazione aziendale, consiste nella creazione di un contesto favorevole all'assunzione di responsabilità da parte dei professionisti sanitari e dell'organizzazione nel complesso, rispetto al raggiungimento dei fini dell'Azienda e al mantenimento di standard di qualità delle prestazioni e dei servizi erogati in linea con le vigenti disposizioni legislative in materia.

L'obiettivo descritto si realizza attraverso processi di formazione, apprendimento, partecipazione, confronto, condivisione e monitoraggio/controllo delle attività poste in essere dalle articolazioni organizzative aziendali.

Gli aspetti coinvolti nel processo sono in particolare quelli relativi a:

- conformità agli standard di qualità e di accreditamento definiti dagli organismi competenti a livello internazionale, nazionale e regionale per garantire ai cittadini equità nell'allocazione dei mezzi e delle competenze e risposte costanti nel tempo, in circostanze analoghe, secondo i principi della gestione in qualità;
- appropriatezza ed efficacia dell'attività di presa in carico e cura del paziente, che implica di indirizzare le risorse verso le prestazioni e gli interventi di cui è riconosciuta l'efficacia a vantaggio dei soggetti che maggiormente ne possono trarre benefici, in base alle evidenze scientifiche;
- sicurezza delle cure quale prerequisito rispetto all'efficacia e alla qualità delle stesse nonché al governo clinico e dell'innovazione.

Alla luce delle nuove disposizioni nazionali in materia di Accreditamento Istituzionale di cui all'Intesa STATO REGIONI del 20 dicembre 2012 e del 19 febbraio 2015, la Direzione Aziendale promuove un percorso finalizzato a fornire gli strumenti concettuali e metodologici per l'allineamento del Sistema di Governo dell'AO al nuovo Sistema di Accreditamento Istituzionale delle Strutture Sanitarie della Regione Umbria adottato con atto n. 872 seduta del 02/08/2018 e pubblicato nel BUR regionale in data 26

settembre 2018, “Regolamento n. 10. Disciplina in materia di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private”.

Il Piano di Miglioramento Aziendale è il risultato del **progetto** realizzato nel periodo **marzo – giugno 2019** con il coinvolgimento di tutte le funzioni aziendali: **Direzione Aziendale - Uffici di Staff alla Direzione – Direzioni in Line di SC/SS** interessate all'applicazione dei Requisiti Generali dell'Accreditamento Istituzionale della regione Umbria approvati in via definitiva con **Regolamento Regione Umbria N. 10 del 26/09/2018** in applicazione dell'Intesa Stato Regioni del 19/02/2015.

Tale progetto si inserisce nell'ambito delle strategie aziendali e rappresenta un'opportunità per favorire il coinvolgimento, a partire dalla Direzione stessa, di tutte le funzioni interessate nel processo di revisione e aggiornamento del sistema di governo aziendale, ai fini dell'allineamento ai nuovi requisiti vigenti di Accreditamento Istituzionale.

Il percorso coordinato dalla S.C. Formazione Qualità Comunicazione ed in particolare dal Servizio Qualità e Accreditamento Aziendale con l'ausilio di professionisti con competenze specifiche sui sistemi di Accreditamento Istituzionale e sistemi di gestione aziendali propri delle organizzazioni sanitarie, si prefigge l'obiettivo di accreditare l'Azienda ospedaliera entro l'anno 2023.

Il programma di formazione/intervento avviene secondo la metodologia del *working group* che prevede: momenti in aula per la condivisione dei nuovi requisiti e il confronto sulle evidenze a supporto del soddisfacimento degli stessi requisiti, tenendo conto dello stato dell'arte già rilevato e del piano di miglioramento aziendale deliberato con provvedimento aziendale n. 401 del 29/04/2022.

Il programma prevede la partecipazione di funzioni aziendali diverse, in relazione agli specifici argomenti corrispondenti ai requisiti del regolamento regionale n. 10 del 2018, anche al fine di razionalizzare l'impegno di tutti coloro che sono direttamente coinvolti nella gestione dei processi interessati.

L'azienda pertanto, nel rispetto dell'Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, recepito dalla regione Umbria con Regolamento Regionale n. 10 del 26/09/2018 recante in oggetto “Disciplina in materia di Accreditamento Istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private” implementa uno specifico percorso di formazione intervento per allineare il Sistema di Governo Aziendale al sistema di accreditamento Istituzionale delle strutture sanitarie Regione Umbria.

L'acquisizione dell'accREDITamento istituzionale è necessario, inoltre, vista la normativa in materia anche ai fini delle certificazioni le attività di sperimentazione clinica presso l'Azienda.

In questa prospettiva e in un'ottica di miglioramento della qualità, sulla base delle determinazioni e regolamenti AIFA nonché del Regolamento Europeo N. 536/2014 “sulle sperimentazioni di medicinali per uso umano...”, vista la necessità di dotarsi di un livello organizzativo gestionale delle sperimentazioni cliniche superiore alle UU.CC. all'interno del Servizio Qualità e Accreditamento Aziendale, la Direzione Aziendale con delibera del n. 323 del 20/06/2019, ha istituito il Clinical Trial Quality Team (CTQT). Tale organismo deve seguire e supportare le articolazioni Organizzative aziendali che conducono sperimentazioni cliniche a vari livelli nella gestione degli aspetti legati alla garanzia di qualità dei processi e delle attività amministrative collegate ai protocolli di ricerca sponsorizzati e no profit, come previsto dalla Determinazione AIFA n. 809 del 2015 (*allegato 1, Aspetti Generali: par. 3; 4° periodo*) e dai documenti AIFA CTQT APRILE 2008 – maggio 2010 REQUISITI MINIMI PER LA PARTECIPAZIONE AL “PROGETTO AIFA PER LA QUALITÀ NELLE SPERIMENTAZIONI A FINI NON INDUSTRIALI (NON-PROFIT)”.

Considerato tutto ciò, come previsto nel PIAO 2023, , senza ulteriori incrementi di spesa, è stato realizzato quanto segue:

- la creazione di una rete di professionisti aziendali che facciano da riferimento al servizio per la gestione dei processi di qualità sia istituzionale che legati alla ricerca scientifica;
- la creazione di una sezione Intranet nel sito Aziendale per la condivisione della documentazione (PDTA, procedure, regolamenti aziendali, disposizioni legislative) nel rispetto dei requisiti di accreditamento di cui al Regolamento Regionale n. 10 del 26/09/2018 recante in oggetto “Disciplina in materia di Accreditamento Istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private”;
- la condivisione con i professionisti, nell'ambito degli obiettivi di budget, di un sistema di monitoraggio e controllo necessario per il raggiungimento e mantenimento degli obiettivi previsti dal regolamento regionale n. 10/2018 sopra richiamato.

Nel corso del 2024 si prevede l'inizio degli AUDIt regionali per l'accreditamento istituzionale e pertanto si prevede di conseguire l'accreditamento istituzionale.

## **Performance**

### Riferimenti normativi

Il Piano della Performance è stato redatto sulla base delle “Linee guida per il Piano della Performance” (n.1 giugno 2017), emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DPF) della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ai sensi dell'art. 3, comma 1, del dPR 105/2016 che gli attribuisce le funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio in materia di ciclo della performance.

Il Piano della Performance, inteso come documento programmatico triennale, è previsto dall'art. 10 del D. Lgs. n. 150/2009 e ss. mm. ii., Titolo II, adottato in attuazione della Legge Delega n. 15 del 4 marzo 2009, avente ad oggetto l'ottimizzazione della produttività, dell'efficienza, e della trasparenza del lavoro alle dipendenze delle Pubbliche Amministrazioni (P.A.), e modificato secondo le disposizioni introdotte dal D. Lgs. n. 74 del 25 maggio 2017.

Il D. Lgs. n. 150/2009 è articolato in cinque Titoli concernenti:

- principi generali;
- misurazione, valutazione e trasparenza della *performance*;
- merito e premi;
- norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni Pubbliche;
- norme finali e transitorie.

L'obiettivo perseguito con il suddetto decreto è quello di disciplinare i sistemi di valutazione delle strutture e dei dipendenti delle P.A., al fine di garantire standard di qualità dei prodotti e standard economici, tramite strumenti di valorizzazione dei risultati e delle performance organizzative e individuali (art. 2, D. Lgs. n. 150/2009).

Secondo quanto previsto nei “Principi Generali” contenuti al primo comma dell'art. 3 del decreto in analisi “la misurazione e valutazione delle performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito, e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative, in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati e delle risorse impiegate per il loro perseguimento”. Ogni P.A. è tenuta ad operare una misurazione/valutazione della performance relativa all'amministrazione nel suo complesso, alle singole unità in cui l'amministrazione è articolata e ai singoli dipendenti conformemente a quanto disposto dalle indicazioni presenti nel Titolo II e dagli indirizzi impartiti dal dipartimento della Funzione Pubblica (art. 19 D.L. 24 giugno 2014, n. 90 convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114).

L'art. 10 come modificato dal D. Lgs. n.74 del 25 maggio 2017, prevede che “al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche, redigano annualmente:

- entro il 31 gennaio, un documento programmatico triennale, che è definito dall'organo di indirizzo politico-amministrativo in collaborazione con i vertici dell'amministrazione e secondo gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della funzione pubblica ai sensi dell'articolo 3, comma 2, e che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi di cui all'art. 5, comma 01, lettera b);

- entro il 30 giugno, la Relazione annuale sulla *performance*, che è approvata dall'organismo di indirizzo politico-amministrativo e validata dall'Organismo di valutazione.

### **Processo di Pianificazione e Controllo Aziendale (Pi.Co.)**

Con la Delibera del Direttore Generale n. 1083 del 22/12/2016 sono state approvate le note operative per la realizzazione del Progetto di Pianificazione e Controllo (Pi.Co.), il quale prevedeva la strutturazione di un sistema aziendale di raccordo tra gli strumenti di pianificazione e i processi di valutazione della performance di struttura e individuale, in relazione ai risultati da conseguire, alle attività da svolgere e alle risorse assegnate.

Il suddetto processo prevedeva inoltre l'introduzione di tre Tavoli operativi - il Tavolo Strategico, il Tavolo Gestionale e il Tavolo delle Risorse – chiamati ad operare al fine di assicurare l'esecuzione di tutti i processi di assegnazione degli obiettivi annuali, il loro monitoraggio continuo, con l'eventuale attivazione di gruppi di lavoro aventi lo scopo di individuare le cause e proporre soluzioni in merito agli obiettivi non in linea con quanto programmato e la formazione e il controllo del bilancio gestionale.

Tale sistema è poi stato modificato su alcuni aspetti marginali con la Delibera del Direttore Generale n. 959 del 18 ottobre 2018 avente come oggetto "Regolamento del Sistema della Performance".

Successivamente la Direzione Aziendale ha inteso apportare delle modifiche più profonde all'assetto di Pianificazione e Controllo, specificate nella Delibera n. 621 del 25/6/2021 mediante la quale si è dato atto ad un aggiornamento del Regolamento del Sistema della Performance.

Tale delibera in pratica assegna al Comitato di Budget i compiti che secondo l'assetto precedente erano in carico ai tre Tavoli operativi.

Il percorso annuale di valutazione della performance ha inizio con la definizione degli obiettivi di budget da parte della Direzione Aziendale, i quali poi vengono presentati al Collegio di Direzione, all'O.I.V. e ai Responsabili dei Centri di Budget.

Si passa quindi in successione alla stesura del Piano della Performance triennale e alla costituzione del Comitato di Budget; alla conclusione di queste fasi inizia l'effettuazione degli incontri per la negoziazione degli obiettivi ai centri di attività (Dirigenza Sanitaria e Comparto Sanitario), ai centri sanitari di supporto e ai centri amministrativi; contestualmente viene effettuata la negoziazione dei budget dei Centri di Risorsa.

Una volta concluse le rispettive negoziazioni degli obiettivi e dei budget, il Comitato gestisce le attività di monitoraggio e di intervento sui risultati parziali non in linea con quanto programmato. Sono previsti inoltre incontri almeno trimestrali con i responsabili dei centri per la discussione e verifica dei risultati parziali infrannuali.

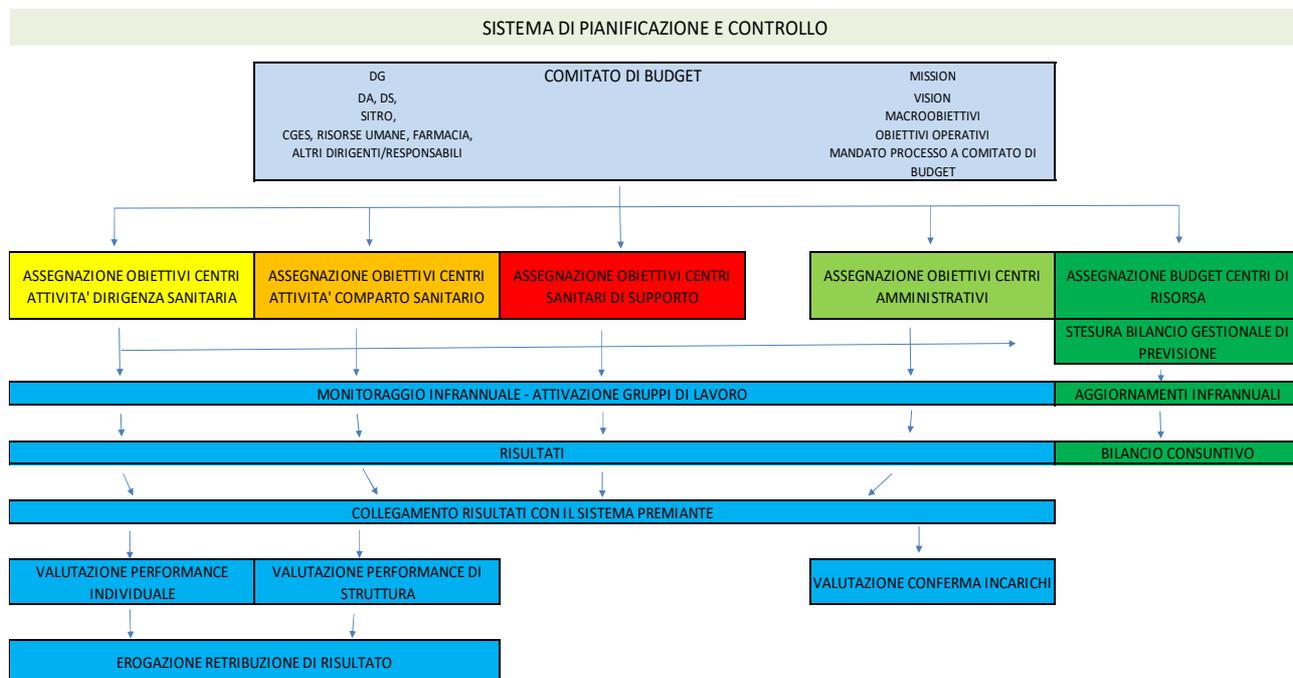
Nell'anno successivo a quello dell'esercizio in esame, dopo aver comunicato i risultati provvisori ai responsabili dei centri, vengono esaminate eventuali considerazioni o contestazioni. Sulla base della documentazione ricevuta il Comitato di Budget esamina e convalida i risultati dei processi e li trasmette all'O.I.V. per la loro validazione definitiva.

Infine la Direzione Risorse Umane recepisce i risultati della performance di struttura, li integra con i risultati della performance individuale e procede alla remunerazione della retribuzione di risultato ai dipendenti dell'Azienda Ospedaliera.

A seguire viene presentato il cronoprogramma, di natura ordinativa e non perentoria, delle attività sopra descritte.

CRONOPROGRAMMA Pi.Co.	
Dicembre anno precedente	Stesura documento di presentazione degli obiettivi di budget e trasmissione ai Responsabili dei centri di budget e all'O.I.V.
	Presentazione degli obiettivi al Collegio di Direzione
Gennaio anno in corso	Stesura del Piano della Performance e costituzione del Comitato di Budget
	Negoziazione e assegnazione degli obiettivi ai centri di attività della Dirigenza Sanitaria e ai centri di attività del Comparto Sanitario
Febbraio anno in corso	Negoziazione e assegnazione dei budget dei centri di risorsa, degli obiettivi dei centri sanitari di supporto e dei centri amministrativi e formazione del bilancio gestionale di previsione
Aprile-Dicembre anno in corso	Monitoraggio obiettivi e budget, incontri almeno trimestrali con i responsabili dei centri, attivazione gruppi di lavoro
Febbraio-Giugno anno successivo	Elaborazione dei risultati dei budget, comunicazione ai responsabili dei centri, eventuali considerazioni e/o contestazioni, verifica delle considerazioni e/o contestazioni, esame e validazione di prima istanza dei risultati, trasmissione all'O.I.V. e validazione dei risultati, trasmissione alla Direzione Risorse Umane. Stesura della Relazione sulla Performance. Elaborazione bilancio gestionale consuntivo

Di seguito viene riportato uno schema che rappresenta il sistema di Pianificazione e Controllo aziendale.



Il sistema di monitoraggio degli obiettivi è stato costruito mediante la realizzazione di un sistema informativo centralizzato che, a partire dalle diverse basi di dati presenti nell’Azienda Ospedaliera, consente la produzione di una reportistica differenziata per livello di utilizzatore e tipologia di report.

La diffusione delle informazioni avviene tramite il sistema IntraNet aziendale, con periodicità perlopiù mensile.

### **Processo di formazione e monitoraggio del bilancio di previsione gestionale**

Il bilancio economico nella sua evoluzione dell’esercizio annuale, dal momento della stesura del preventivo a quella dei rispettivi bilanci trimestrali CET, deve sottostare a una serie di regole tra le quali il rispetto dei fondi messi a disposizione da parte della Regione. Poiché la Regione eroga il fondo alle Aziende Sanitarie in quote diluite nel tempo, ai fini della possibilità di un controllo e monitoraggio tempestivo dei dati reali nel corso dell’anno, sorge la necessità della elaborazione di un bilancio gestionale parallelo che si ricollega a quello economico in sede di consuntivo.

Tale bilancio gestionale, strettamente correlato alle attività previste dal sistema della performance, viene elaborato secondo le modalità specificate di seguito.

#### **FORMAZIONE DEL BILANCIO GESTIONALE**

La prima stesura del bilancio gestionale viene ottenuta ricavando i dati:

- dal processo di assegnazione degli obiettivi ai centri di attività (Dirigenza Sanitaria) in particolare i dati sono desunti dai budget dei ricavi e dai budget dei beni sanitari;
- dal processo di assegnazione dei budget ai centri di risorsa;
- dalle stime relative al resto dei ricavi e dei costi che rimangono fuori dai processi sopra menzionati.

## SCHEMA

Lo schema rispetto al quale elaborare il bilancio gestionale è il seguente:

<b>RICAVI</b>		
<b>VOCE CE</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	<b>FONTI / METODI PER LA VALUTAZIONE</b>
A.1.A	Finanziamenti a mandato regionali	Indirizzi della Regione sulle regole del riparto del Fondo Sanitario Regionale
A.1.B, A.1.C, A.1.D, A3	Altri finanziamenti in conto esercizio	Valutazione della S.C. Contabilità
A.4.A.1	Mobilità regionale	Indirizzi della Regione sulle regole del riparto del Fondo Sanitario Regionale, ricavi previsti in seguito al processo di assegnazione dei budget dei centri di attività (Dirigenza Sanitaria), valutazione della S.S. Controllo di Gestione
A.4.A.3	Mobilità extraregionale	Ricavi previsti in seguito al processo di assegnazione dei budget dei centri di attività (Dirigenza Sanitaria), valutazione della S.S. Controllo di Gestione
A2	Rettifica finanziamenti per investimenti	Valutazione della S.C. Contabilità
A.4.A.2 , A.4.B , A.4.C	Altri ricavi per prestazioni sanitarie	Valutazione della S.C. Contabilità
A.6	Compartecipazione alla spesa (ticket)	Indicazioni della Regione sulle regole della compartecipazione alla spesa da parte degli utenti, ricavi previsti in seguito al processo di assegnazione dei budget dei centri di attività (Dirigenza Sanitaria), valutazione della S.S. Controllo di Gestione
A.4.D	Ricavi ALP	Indicazioni della Regione sulle regole di gestione dell'Attività Libero Professionale, valutazione della S.C. Contabilità
A.5	Rimborsi	Valutazione della S.C. Contabilità
A.7	Sterilizzazione ammortamenti	Valutazione della S.C. Contabilità
A.8 , A.9	Altri ricavi	Valutazione della S.C. Contabilità
C.1 , C.2 , D.1 , E.1	Ricavi straordinari	Valutazione della S.C. Contabilità

<b>COSTI</b>		
<b>CODICE CDR</b>	<b>DESCRIZIONE CDR</b>	<b>FONTI / METODI PER LA VALUTAZIONE</b>

Codice cdr 1	Descrizione cdr 1	Costi previsti in seguito al processo di assegnazione dei budget dei centri di risorsa
.....	.....	Costi previsti in seguito al processo di assegnazione dei budget dei centri di risorsa
Codice cdr n	Descrizione cdr n	Costi previsti in seguito al processo di assegnazione dei budget dei centri di risorsa
AZ20-R010	Attività libero-professionale intramuraria	Valutazione della S.C. Contabilità
AZ20-9*	Somme vincolate	Valutazione della S.C. Contabilità
	Variazioni giacenze	Valutazione della S.C. Contabilità

## MONITORAGGIO

Il bilancio gestionale, redatto secondo lo schema presentato, è soggetto a monitoraggio e aggiornamenti infrannuali elaborati in seguito al verificarsi delle seguenti situazioni:

- variazioni da parte della Regione delle quote di assegnazione del Fondo Sanitario Regionale;
- variazioni mensili delle previsioni dei ricavi da mobilità regionale e extraregionale elaborate dalla S.S. Controllo di Gestione;
- variazioni delle previsioni dei ricavi da compartecipazione alla spesa dei cittadini (ticket) in base alle stime prodotte dalla S.S. Controllo di Gestione;
- variazioni in seguito a valutazioni da parte della S.C. Contabilità in merito a stime dei ricavi in evoluzione rispetto alle previsioni precedenti;
- variazioni dei budget assegnati ai centri di risorsa;
- variazioni relative ai costi per somme vincolate e variazioni delle giacenze secondo le valutazioni della S.C. Contabilità.

Grazie al monitoraggio continuo del bilancio gestionale e alle conseguenti previsioni del risultato di esercizio annuale è possibile promuovere azioni di informazione / richiesta alla Regione in base alle quali tarare le necessità economico-finanziarie dell'Azienda Ospedaliera di Terni tenendo conto delle disponibilità rimanenti del Fondo Regionale.

L'analisi del bilancio è inoltre un elemento fondamentale per l'individuazione delle azioni più opportune da intraprendere rispetto all'espansione / contrazione delle attività al fine di incrementare i ricavi o ridurre i costi.

## COLLEGAMENTO CON IL BILANCIO ECONOMICO CONSUNTIVO

Alla fine dell'esercizio annuale viene elaborato il bilancio economico consuntivo. Il bilancio gestionale consuntivo viene redatto considerando i dati di quello economico, integrati con i valori consuntivi dei budget dei centri di risorsa.

Il risultato finale del bilancio gestionale deve necessariamente coincidere con quello del bilancio economico.

- **Il network Regioni (Progetto Bersaglio)**

Avviato nel 2004 dalla Regione Toscana, il Network si pone l'obiettivo di fornire alle Regioni che vi aderiscono su base volontaria una modalità di misurazione, confronto e rappresentazione del livello della propria offerta sanitaria, attraverso l'utilizzo di indicatori elaborati sulla base delle informazioni contenute nelle Schede di Dimissione Ospedaliera messe a disposizione dalle Regioni al Laboratorio Management Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, struttura coordinatrice del Progetto.

In seguito a una condivisione interregionale, sono stati selezionati circa 200 indicatori, volti a descrivere e confrontare - tramite un processo di benchmarking - le diverse dimensioni della performance del sistema sanitario: lo stato di salute della popolazione, la capacità di perseguire le strategie regionali, la valutazione sanitaria, la valutazione dell'esperienza degli utenti e dei dipendenti e, infine, la valutazione della dinamica economico-finanziaria e dell'efficienza operativa. Dal 2008 i risultati sono resi pubblici attraverso un Report annuale, accessibile al sito <http://performance.sssup.it/netval>.

A partire dal 2016 il Network pubblica un Report dedicato alle Aziende Ospedaliere, valutate sulla base di oltre 90 indicatori afferenti a diverse aree. I risultati sono rappresentati tramite uno schema a bersaglio, che offre un intuitivo quadro di sintesi della performance ottenuta, illustrandone immediatamente punti di forza e punti di debolezza, attraverso l'utilizzo di codici colore.

Le tabelle riportate di seguito illustrano le variazioni tra il 2022 e il 2023 relative a 19 degli indicatori MeS caratterizzanti la performance dell'Azienda Ospedaliera di Terni.

Come si può notare, grazie all'interessamento della nuova Direzione Aziendale riguardo all'efficientamento dei processi ospedalieri cui ha dato seguito una serie di misure organizzative e gestionali, nell'anno 2023 si sono avuti degli evidenti miglioramenti nei valori degli indicatori.

La seconda delle due tabelle mette nettamente in luce tale miglioramento; osservandola si può vedere come sono migliorati ben 16 dei 19 indicatori misurati.

## Indicatori di Performance

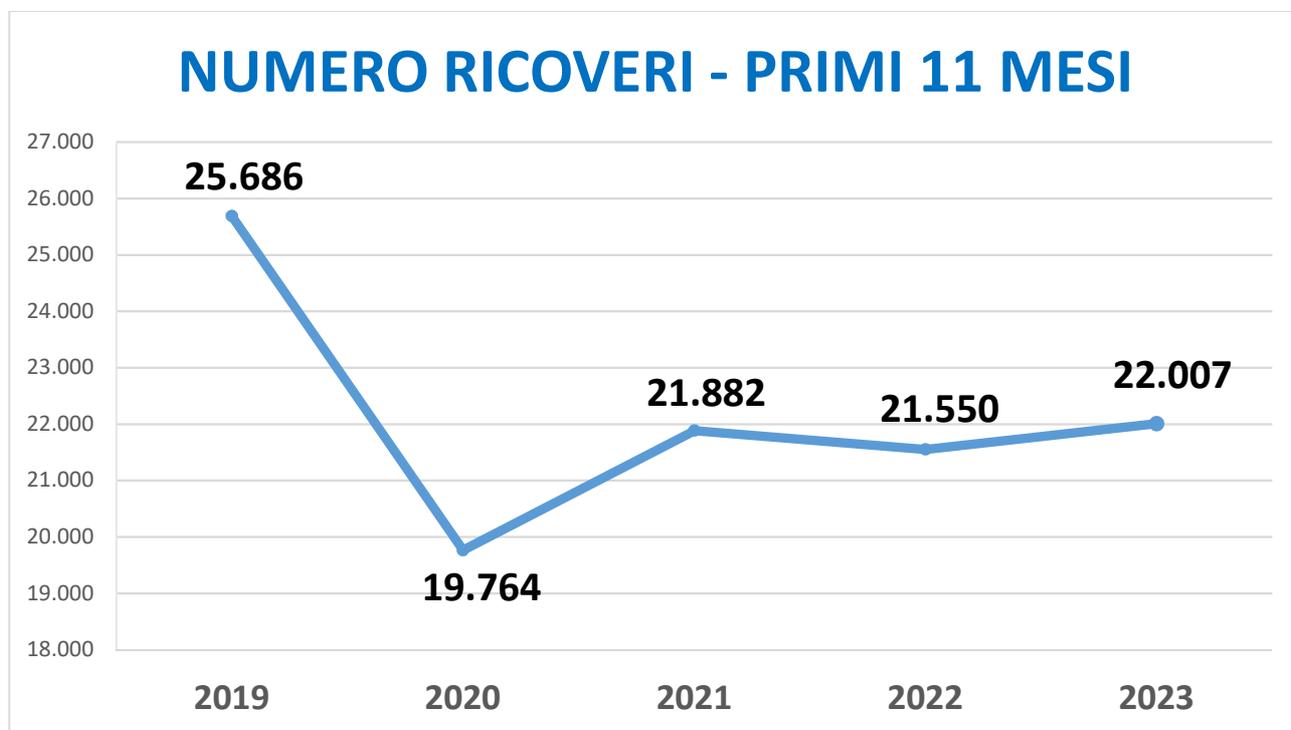
	Definizione	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2022	Anno 2023
C2A.C	indice di performance degenza media - DRG chirurgici	0,38	0,16		
C2A.M	indice di performance degenza media - DRG medici	0,60	0,76		
C4.1.1	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari	16,46	15,82		
C4.4	% colecistectomie laparoscopiche effettuate in DS e ricovero ordinario 0-1 giorno	27,59	54,33		
C4.7	% ricoveri in Day-Surgery	46,51	57,63		
C5.2	% fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione	36,16	50,70		
C5.3	% Prostatectomia transuretrale	75,70	96,67		
C5.12	% fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate	93,13	94,30		
C7.1	% parti cesarei depurati	19,06	19,14		
C7.3	% episiotomia depurata	27,03	19,81		
C7.6	% parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	3,00	4,24		
C10.1.1	% ricoveri sopra soglia 50 annui per tumore maligno alla prostata	0,00	100,00		
C10.2.1	% interventi conservativi e nipple-skin sparing-ricostruttivi alla mammella per tumore maligno	82,07	83,58		
C16.3.NA	PS - % pazienti con codice priorità 4 visitati entro 120 minuti		74,80		
C16.4	PS - % accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore	73,86	68,73		
C16.4	PS - % pazienti con tempi di permanenza entro le 8 ore	87,34	86,73		
C16.7	PS - % ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	68,51	71,22		
D9	PS - % di abbandoni dal Pronto Soccorso	7,26	6,32		
D18	% dimissioni volontarie	1,12	1,07		

	<b>Definizione</b>	<b>Anno 2022</b>	<b>Anno 2023</b>	<b>2023 / 2022</b>
C2A.C	indice di performance degenza media - DRG chirurgici	0,38	0,16	
C2A.M	indice di performance degenza media - DRG medici	0,60	0,76	
C4.1.1	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari	16,46	15,82	
C4.4	% colecistectomie laparoscopiche effettuate in DS e ricovero ordinario 0-1 giorno	27,59	54,33	
C4.7	% ricoveri in Day-Surgery	46,51	57,63	
C5.2	% fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione	36,16	50,70	
C5.3	% Prostatectomia transuretrale	75,70	96,67	
C5.12	% fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate	93,13	94,30	
C7.1	% parti cesarei depurati	19,06	19,14	
C7.3	% episiotomia depurata	27,03	19,81	
C7.6	% parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	3,00	4,24	
C10.1.1	% ricoveri sopra soglia 50 annui per tumore maligno alla prostata	0,00	100,00	
C10.2.1	% interventi conservativi e nipple-skin sparing-ricostruttivi alla mammella per tumore maligno	82,07	83,58	
C16.3.NA	PS - % pazienti con codice priorità 4 visitati entro 120 minuti		74,80	
C16.4	PS - % accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore	73,86	68,73	
C16.4	PS - % pazienti con tempi di permanenza entro le 8 ore	87,34	86,73	
C16.7	PS - % ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	68,51	71,22	
D9	PS - % di abbandoni dal Pronto Soccorso	7,26	6,32	
D18	% dimissioni volontarie	1,12	1,07	

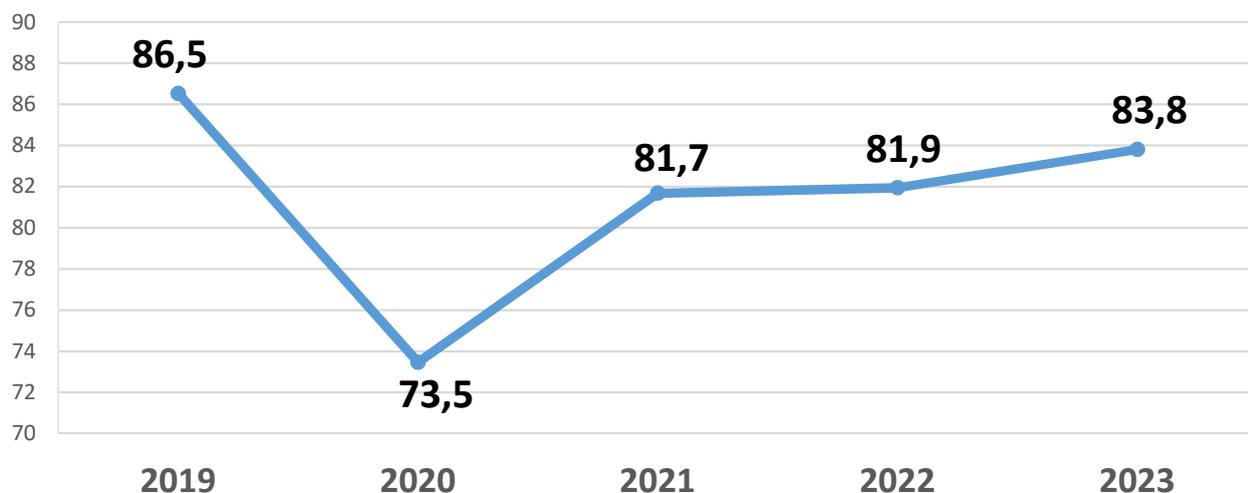
- **Grafici**

Di seguito sono riportati una serie di grafici che illustrano l'andamento dei volumi di attività e di alcuni indicatori della complessità dei casi trattati e dell'appropriatezza della degenza.

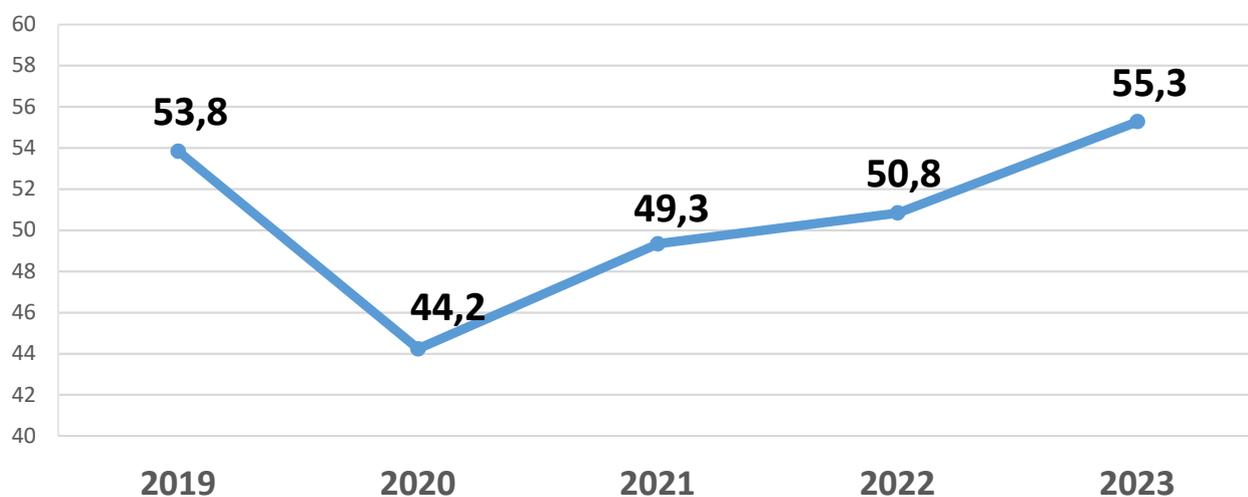
Vi è infine un'analisi dedicata alle attività di Pronto Soccorso.



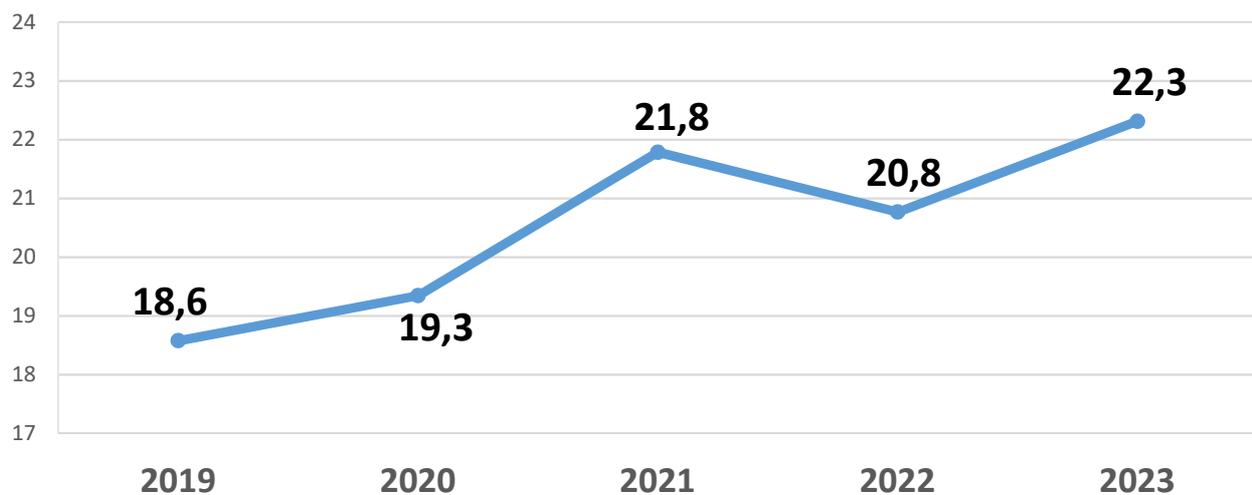
## VALORE ATTIVITA' - PRIMI 11 MESI (MLN EURO)



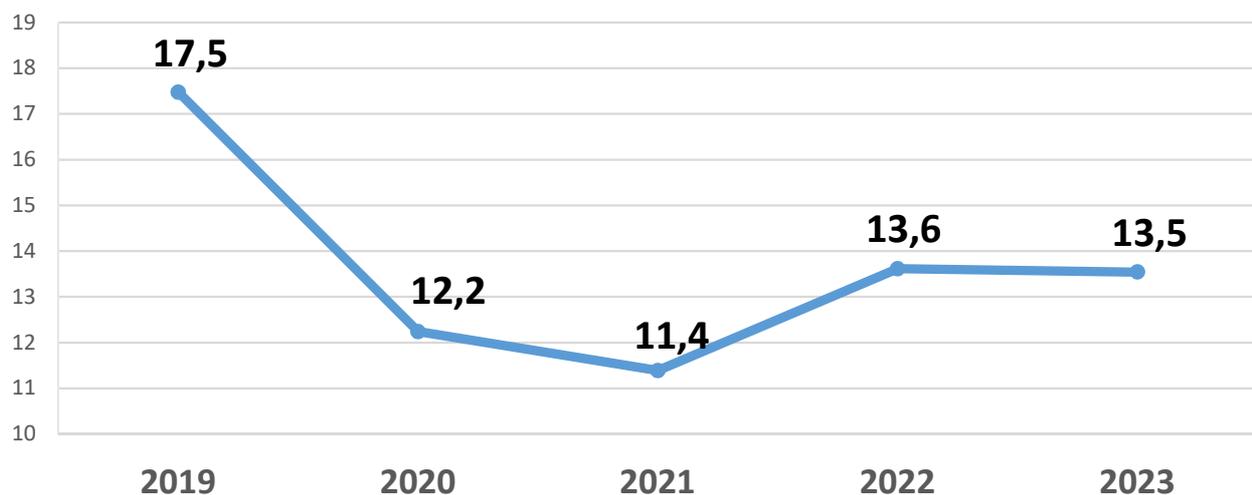
## VALORE ATTIVITA' CHIRURGICA - PRIMI 11 MESI (MLN EURO)



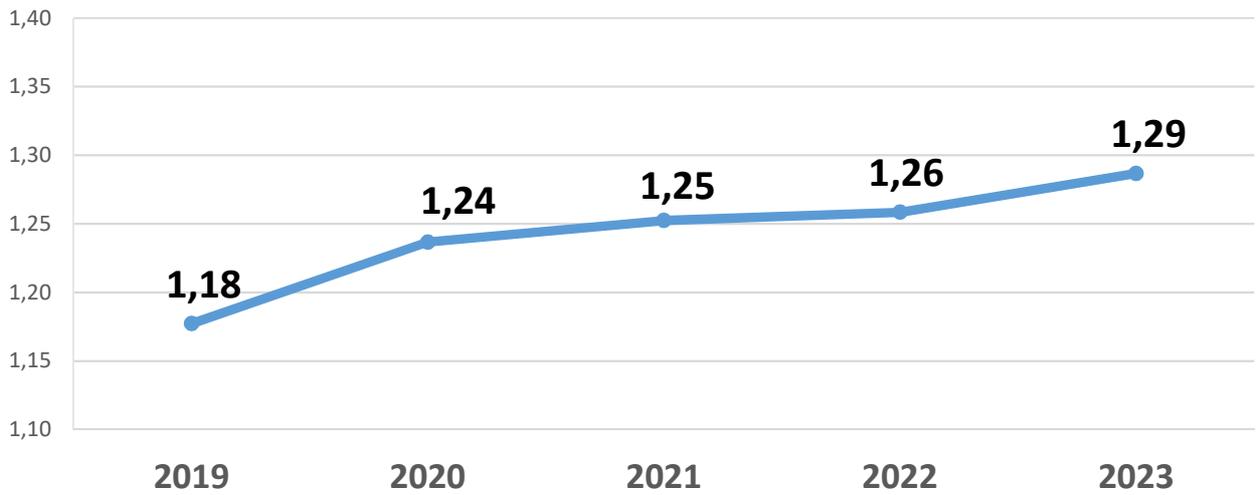
## ALTA SPECIALITA' REGIONALE - PRIMI 11 MESI (MLN EURO)



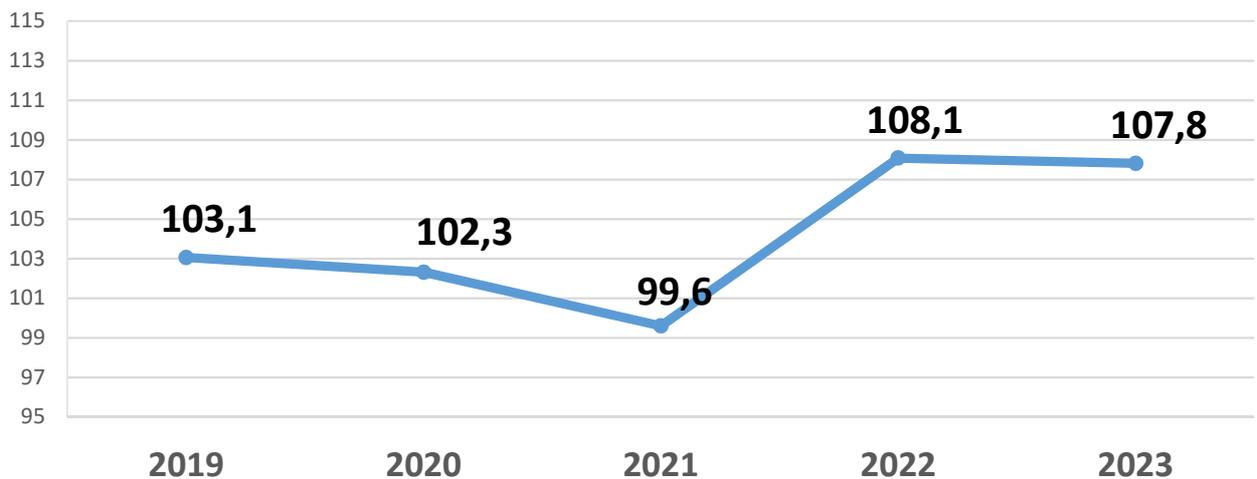
## ATTIVITA' EXTRAREGIONALE - PRIMI 11 MESI (MLN EURO)



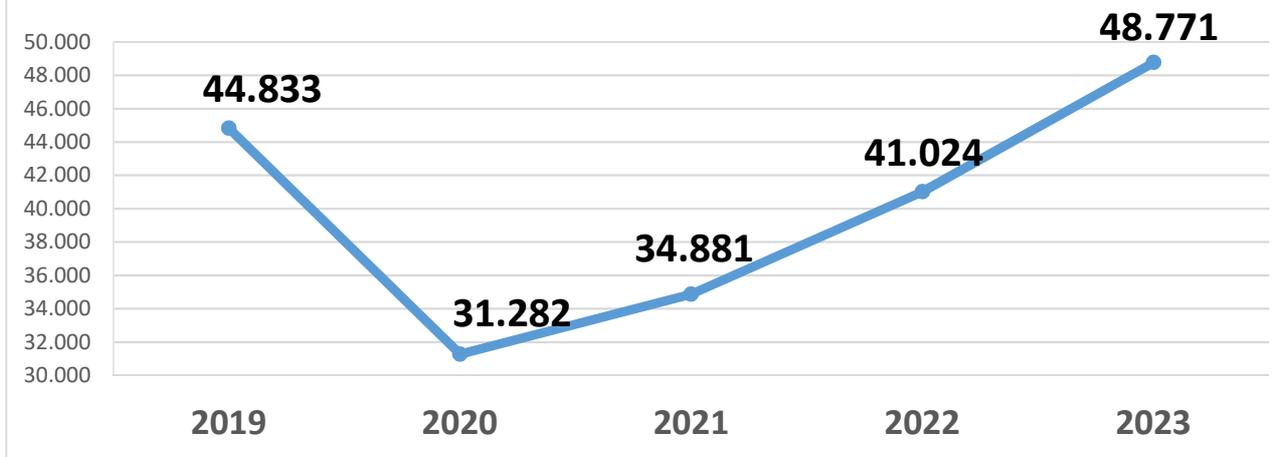
## PESO MEDIO DEL DRG - PRIMI 11 MESI



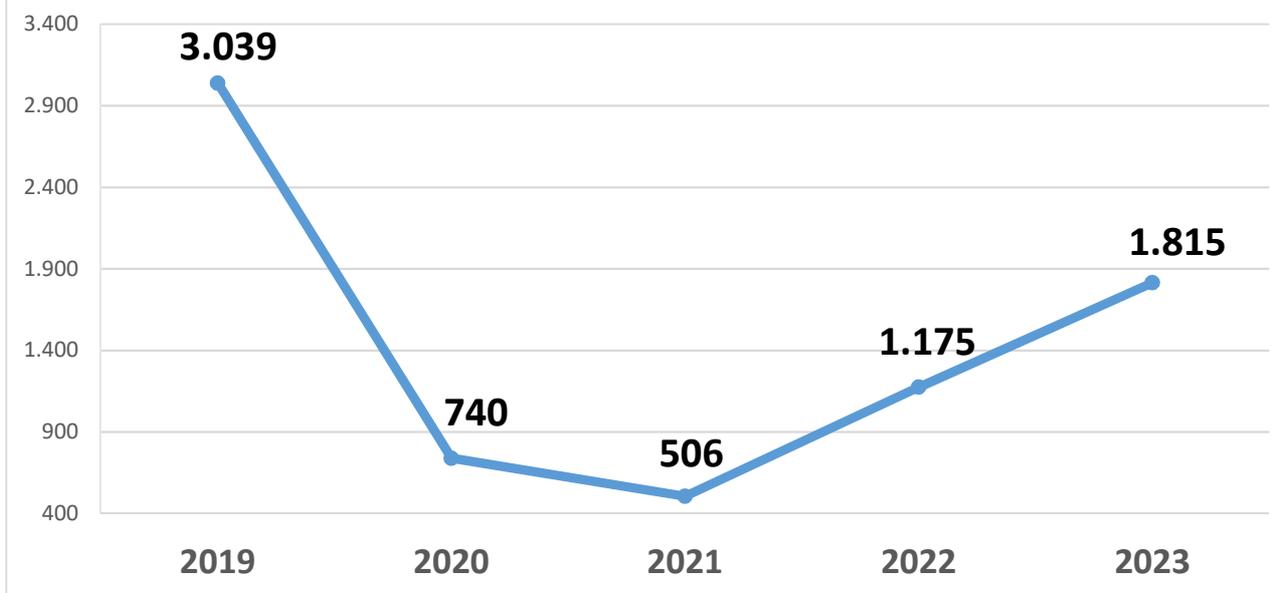
## INDICE DI PERFORMANCE - PRIMI 11 MESI



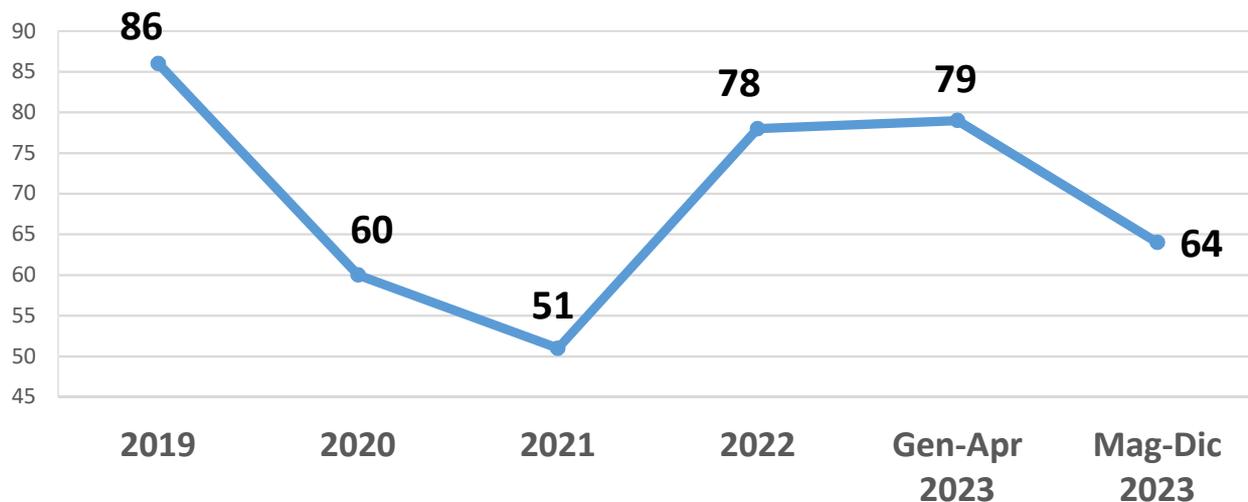
## NUMERO ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO - 12 MESI



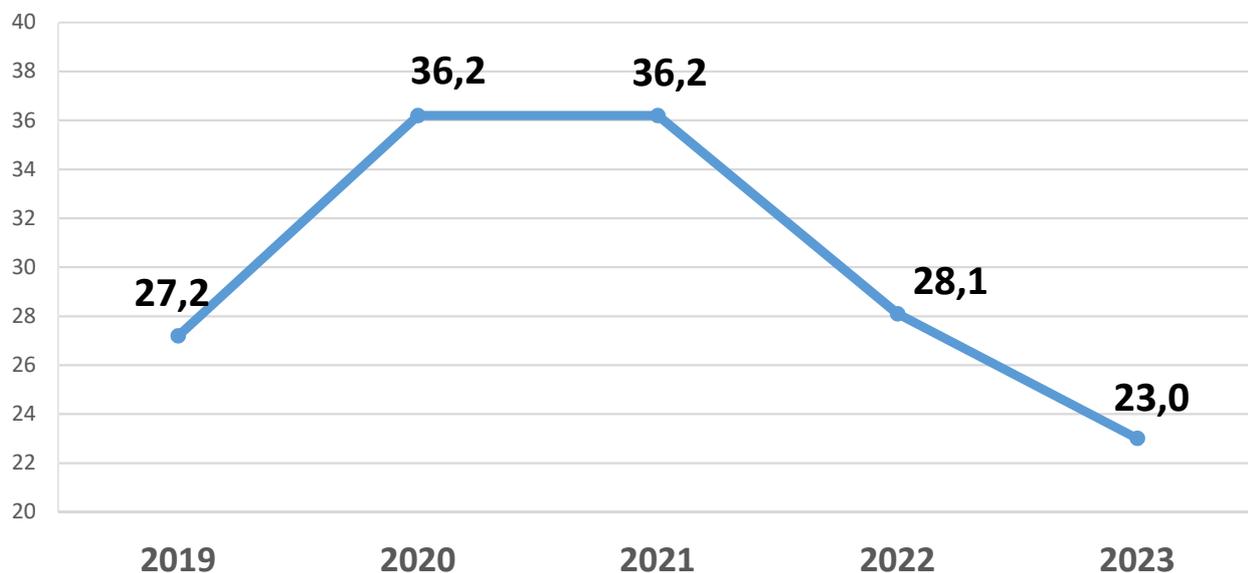
## NUMERO ACCESSI IN OBI - 12 MESI



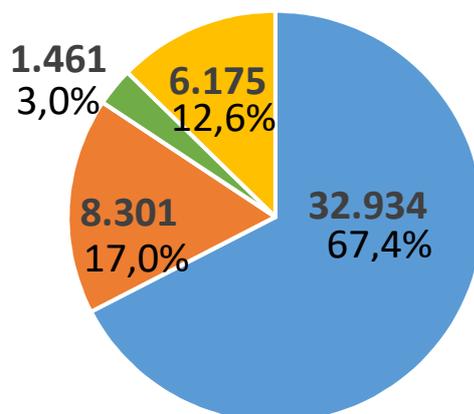
## TEMPI PRESA IN CARICO PS - 12 MESI (MINUTI)



## TASSO DI RICOVERO IN P.S. - 12 MESI



## DISTRIBUZIONE ACCESSI IN P.S. PER PROVENIENZA Anno 2023



### Organizzazione

Per la descrizione dell'organizzazione aziendale si riportano di seguito i piani dei Centri di attività utilizzati per il processo di budget 2024.

- CENTRI DI ATTIVITA' DIRIGENZA SANITARIA**

COD	DESCRIZIONE
<b>01</b>	<b>DIPARTIMENTO DI MEDICINA E SPECIALITA' MEDICHE</b>
0101	Clinica medica generale e terapia medica
0102	Geriatria
0103	Endocrinologia e DH medico
0106	Malattie apparato respiratorio
0107	Clinica delle malattie infettive
0108	Nefrologia e dialisi
0109	Clinica dermatologica
0110	Diabetologia, dietologia e nutrizione clinica
0113	Medicina interna
0115	Gastroenterologia epatologica
0116	Endoscopia Digestiva
0117	Andrologia

<b>02</b>	<b>DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA E SPECIALITA' CHIRURGICHE</b>
0201	Chirurgia generale e specialità chirurgiche
0202	Senologia
0203	Colonproctologia
0204	Chirurgia generale / chirurgia breve ed ambulatoriale
0207	Urologia
0208	Chirurgia urologica miniinvasiva
0209	Ortopedia e traumatologia
0210	Chirurgia della mano e microchirurgia collegata
0211	Chirurgia plastica e ricostruttiva
0212	Clinica Urologica Andrologica e Uroginecologica
<b>03</b>	<b>DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA TESTA COLLO E DEI TESSUTI MOLLI</b>
0301	Oculistica
0302	Clinica otorinolaringoiatrica e patologia cervico-facciale
0303	Chirurgia maxillo-facciale
<b>04</b>	<b>DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE</b>
0401	Neurochirurgia
0402	Neurologia
0403	Neuroriabilitazione (UGCA) e medicina fisica
0404	Neurofisiopatologia
<b>05</b>	<b>DIPARTIMENTO CARDIO TORACO VASCOLARE</b>
0501	Cardiochirurgia
0502	Cardiologia
0503	Emodinamica
0504	Elettrofisiologia
0505	Terapia Intensiva cardiologica (UTIC)
0506	Cardioanestesia (T.I.P.O.)
0507	Chirurgia toracica
0508	Chirurgia vascolare
<b>06</b>	<b>DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE</b>
0601	Ostetricia e ginecologia
0602	Clinica pediatrica
0603	Neonatologia e patologia neonatale - T.I.N.
<b>07</b>	<b>DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE</b>
0701	Anestesia e rianimazione
0702	Pronto soccorso
0704	Medicina d'urgenza
0705	Chirurgia digestiva e d'urgenza
<b>08</b>	<b>DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO E IMMUNOTRASFUSIONALE</b>
0801	Immunoematologia e trasfusionale
0802	Laboratorio analisi
<b>09</b>	<b>DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOLOGIA TERAPEUTICA ED INTERVENTISTICA</b>
0901	Radiologia
0902	Neuroradiologia e R.M.N.
0903	Medicina nucleare
<b>11</b>	<b>DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA</b>
1101	Oncologia medica
1102	Radioterapia
1103	Istituto di anatomia patologica
1104	Oncoematologia

- CENTRI DI ATTIVITA' COMPARTO SANITARIO

<b>COD.</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
<b>01</b>	<b>DIPARTIMENTO DI MEDICINA E SPECIALITA' MEDICHE</b>
	Clinica medica
	Geriatria
	Endocrinologia
	Malattie apparato respiratorio
	Medicina interna (piano terra)
	Medicina interna 2 e Epatogastroenterologia degenza
	Clinica delle malattie infettive / Nefrologia degenza
	Nefrologia ambulatoriale / Dialisi
	Dermatologia
	Diabetologia, dietologia e nutrizione clinica
	Epatogastroenterologia servizio
	Endoscopia operativa
<b>02</b>	<b>P. O. DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA E SPECIALITA' CHIRURGICHE</b>
	Chirurgia generale e specialità chirurgiche
	Chirurgia generale e Degenza breve
	Polo urologico degenze e litotrossia
	Polo urologico day week (degenze)
	Ortopedia e traumatologia / Chirurgia della mano
	DH e PS ortopedico
<b>03</b>	<b>P. O. DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA TESTA COLLO E DEI TESSUTI MOLLI</b>
	DH Oculistico (servizio)
	Dip. Testa Collo
	Ambulatori di Chirurgia Vascolare, Endoscopia Toracica e Clinica Otorino
<b>04</b>	<b>P. O. DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE</b>
	Neurochirurgia degenza
	Neurologia e Stroke Unit
	Neuroriabilitazione U.G.C.A.
	Riabilitazione servizio
	Neurofisiopatologia
<b>05</b>	<b>P. O. DIPARTIMENTO CARDIO TORACO VASCOLARE</b>
	Cardiochirurgia, Chir. Toracica e Chir. Vascolare degenza
	Cardiologia degenza
	Terapia Intensiva cardiologica (UTIC) + Cardioanestesia (T.I.P.O.)
	Emodinamica, Cardiologia interventistica e Servizi Amb. Cardiologici
<b>06</b>	<b>P. O. DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE</b>
	Ginecologia degenza
	Ostetricia Rooming-in
	Sala parto (infermieri)
	Sala parto (ostetriche)
	Pediatria
	Neonatologia e T.I.N.
<b>07</b>	<b>P. O. DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA</b>
	Anestesia e rianimazione
	Pronto Soccorso

	Medicina d'urgenza
	Chirurgia digestiva e unità del fegato
	Area Medica + Nefrologia degenza + Epatogastroenterologia degenza
<b>08</b>	<b>P. O. DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO</b>
	Immunoematologia e Trasmfusionale (tecnici)
	Immunoematologia e Trasmfusionale (infermieri)
	Laboratorio Analisi
<b>09</b>	<b>P. O. DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI</b>
	Radiologia (Tecnici)
	Angiografia (Infermieri)
	RMN (Tecnici)
	Angiografia e Neuroangiografia (Tecnici)
	Medicina Nucleare
	TAC/RMN (Infermieri)
<b>11</b>	<b>P. O. DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA</b>
	Oncologia Degenza
	Oncologia DH
	Radioterapia oncologica (Tecnici)
	Radioterapia oncologica (Infermieri)
	Oncoematologia
	Anatomia patologica
	<b>P. O. CENTRI SANITARI DI SUPPORTO</b>
	Centro salute donna
	Poliambulatori
<b>14</b>	<b>P. O. AREA SALE OPERATORIE</b>
	Gruppo operatorio Piastra Nuova
	Gruppo operatorio II piano; S.O. Oculistica; S.O. Poliambulatori

- CENTRI SANITARI DI SUPPORTO

<b>COD.</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
	Centro Formazione Aziendale
	Qualità e accreditamento
	Servizio Prevenzione e Protezione
	S.I.T.R.O. (Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Ostetrico)
	Igiene e processi ospedalieri
	Farmacia Interna
	Psicologia
	Medicina Legale
	Medicina del Lavoro
	Rischio Clinico / Risk management e logistica sanitaria

- CENTRI AMMINISTRATIVI

<b>COD.</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
	Economato e Provveditorato
	Affari Generali e Legali e Relazioni Istituzionali
	Direzione Risorse Umane
	Economico Finanziaria
	Direzione Tecnica
	Controllo di Gestione

Come descritto nella sezione precedente si riporta anche il piano dei Centri di Risorsa, necessario per la programmazione dei budget per centro di risorsa.

<b>COD. CDR</b>	<b>DESCRIZIONE CDR</b>
AZ20-A010	Servizio igiene prevenzione e protezione
AZ20-A020	Direzione medica di presidio ospedaliero
AZ20-A030+A034	Farmacia
AZ20-P010	Direzione Amministrazione giuridica ed economica del personale
AZ20-P020	Direzione Amministrazione giuridica ed economica del personale
AZ20-P030	Direzione Provveditorato
AZ20-Q010	Direzione Attività tecniche
AZ20-Q015	Direzione Attività economiche e servizi alberghieri
AZ20-Q020	Ufficio controllo di gestione e sistemi informatici
AZ20-Q030	Direzione affari generali e legali
AZ20-Q060	Centro di formazione
AZ20-Q070	Ufficio legale
AZ20-Q080	Direzione economica e di contabilità generale
AZ20-Q090	Qualità
AZ20-R010	Attività libero-professionale intramuraria

### **Risorse: personale e posti letto**

La dotazione del personale, diviso per qualifica/ruolo, è quella rappresentata nella tabella a seguire.

Come si evince dai dati al 31/12/2023, nell'anno 2023 si è avuto un lieve decremento della dotazione.

	<b>31/12/2018</b>	<b>31/12/2019</b>	<b>31/12/2020</b>	<b>31/12/2021</b>	<b>31/12/2022</b>	<b>31/12/2023</b>
<b>MEDICI</b>	380	380	395	414	388	379
<b>ALTRI DIRIGENTI SANITARI</b>	22	25	22	26	25	26
<b>INFERMIERI</b>	808	769	849	889	863	839
<b>TECNICI SANITARI</b>	143	141	150	158	154	158
<b>OSS/OTA e AUSILIARI</b>	159	157	178	175	191	200
<b>RUOLO AMMINISTRATIVO</b>	73	70	66	63	63	57
<b>RUOLO TECNICO</b>	68	60	61	62	54	56
<b>RUOLO PROFESSIONALE</b>	2	3	0	2	3	4
<b>TOTALE</b>	<b>1.655</b>	<b>1.605</b>	<b>1.721</b>	<b>1.789</b>	<b>1.741</b>	<b>1.719</b>

Per quanto riguarda i posti letto, la situazione è quella rappresentata nelle tabelle che seguono, indicante la suddivisione per reparto (tab.1) e per regime di ricovero (tab.2).

Tab. 1

CODICE	REPARTO	POSTI LETTO AL 31/12/2022		TOTALE
		ORDINARI	DIURNI	
0701	CARDIOCHIRURGIA	8	0	8
0801	CARDIOLOGIA	19	1	20
0802	EMODINAMICA	3	0	3
0803	ELETTROFISIOLOGIA	3	0	3
0907	CHIRURGIA GENERALE E DEGENZA BREVE	2	1	3
0909	CHIRURGIA GENERALE E SPEC. CHIRURGICHE	17	1	18
0910	CHIRURGIA GENERALE E DIGESTIVA	21	1	22
0911	BREAST UNIT	3	1	4
0912	COLONPROCTOLOGIA	12	1	13
1001	CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	1	1	2
1201	CHIRURGIA PLASTICA	1	0	1
1301	CHIRURGIA TORACICA	6	0	6
1401	CHIRURGIA VASCOLARE	11	1	12
2101	GERIATRIA	28	0	28
2401	MALATTIE INFETTIVE	26	3	29
2601	CLINICA MEDICA	25	1	26
2604	MEDICINA D'URGENZA	38	0	38
2605	ENDOCRINOLOGIA	0	1	1
2606	MEDICINA INTERNA	18	0	18
2610	MEDICINA COVID 4	4	0	4
2901	NEFROLOGIA	7	1	8
3001	NEUROCHIRURGIA	15	1	16
3101	NIDO	15	0	15
3201	NEUROLOGIA	19	1	20
3401	OCULISTICA	1	1	2
3601	DIVISIONE ORTOPEDICA	25	1	26
3603	CHIRURGIA DELLA MANO	2	1	3
3701	DIVISIONE OSTETRICA GINECOLOGICA	28	1	29
3802	CLINICA OTORINO	8	1	9
3901	CLINICA PEDIATRICA	13	1	14
4301	UROLOGIA	6	1	7
4302	CHIRURGIA UROLOGICA MINIINVASIVA	10	1	11
4303	CHIRURGIA UROLOGICA AUG	6	1	7
4901	TERAPIA INTENSIVA	15	0	15
4902	TERAPIA INTENSIVA POSTOPERATORIA	5	0	5
4903	TERAPIA INTENSIVA COVID	5	0	5
5001	CARDIOLOGIA TERAPIA INTENSIVA	11	0	11
5201	CLINICA DERMATOLOGICA	0	1	1
5801	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	1	1	2
5803	EPATOGASTROENTEROLOGIA	13	1	14
6201	DIVISIONE NEONATOLOGICA	6	0	6
6403	ONCOLOGIA	12	8	20
6601	ONCOEMATOLOGIA	0	1	1
6802	MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO	27	0	27
6901	NEURORADIOLOGIA	0	1	1
6902	RADIOLOGIA	0	1	1
7301	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	3	0	3
7501	NEURORIABILITAZIONE INTENSIVA	4	0	4
7502	NEURORIABILITAZIONE POST COVID	2	0	2

CODICE	REPARTO	POSTI LETTO AL 31/12/2022		
		ORDINARI	DIURNI	TOTALE
100902	INTERO OSPEDALE	505	39	544

Tab. 2

	31/12/2018	31/12/2019	31/12/2020	31/12/2021	31/12/2022	31/12/2023
ORDINARIO	533	502	445	522	506	505
DAY HOSPITAL / DAY SURGERY	45	38	38	39	39	39
TOTALE	578	540	483	561	545	544

## Bilancio

### BILANCIO ECONOMICO

Di seguito si riporta il conto economico riferito al consuntivo degli anni 2020, 2021 e 2022. Per quanto riguarda il Bilancio consuntivo 2023, questo va elaborato entro il mese di aprile 2024.

VOCE MODELLO CE	Consuntivo 2020	Consuntivo 2021	Consuntivo 2022
<b>A) Valore della produzione</b>			
A.1) Contributi in c/esercizio	65.658.130,46	62.772.561,51	66.011.307,26
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	0	0	0
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	444.911,29	2.499.352,17	1.103.303,29
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	122.737.834,10	138.303.055,61	133.056.604,74
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	6.670.714,86	7.757.170,12	5.800.306,45
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	4.536.096,52	4.647.859,88	4.338.830,37
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	0
A.9) Altri ricavi e proventi	225.303,02	241.657,72	554.235,37
<b>Totale valore della produzione (A)</b>	<b>202.139.130,10</b>	<b>218.563.723,34</b>	<b>213.569.232,66</b>
<b>B) Costi della produzione</b>			0
B.1) Acquisti di beni	50.967.369,12	54.379.221,10	54.325.531,79
<i>B.1.A) Acquisti di beni sanitari</i>	<i>50.222.316,55</i>	<i>53.681.360,46</i>	<i>53.668.094,39</i>
<i>B.1.B) Acquisti di beni non sanitari</i>	<i>745.052,57</i>	<i>697.860,64</i>	<i>657.437,40</i>
B.2.A) Acquisti servizi sanitari	7.648.487,79	10.236.970,74	8.531.713,32
B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	26.941.445,46	27.596.428,78	28.986.330,83
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	6.933.430,02	7.194.570,08	7.131.887,45
B.4) Godimento di beni di terzi	2.534.292,97	2.595.114,96	1.927.308,66
<b><i>Totale Costo del personale</i></b>	<b>88.940.815,00</b>	<b>93.600.831,54</b>	<b>95.884.958,68</b>
B.9) Oneri diversi di gestione	808.359,54	947.715,31	1.587.153,64
<b><i>Totale Ammortamenti</i></b>	<b>4.984.793,45</b>	<b>5.288.389,08</b>	<b>5.407.787,33</b>
B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	597.509,00	0	0
B.13) Variazione delle rimanenze	-1.060.241,10	64.413,65	-426.164,39
B.14) Accantonamenti dell'esercizio	6.881.518,86	11.501.373,05	5.060.338,70
<b>Totale costi della produzione (B)</b>	<b>196.177.780,11</b>	<b>213.405.028,29</b>	<b>208.416.846,01</b>
<b>C) Proventi e oneri finanziari</b>			0
<b>Totale proventi e oneri finanziari (C)</b>	<b>-5.692,26</b>	<b>-26.714,43</b>	<b>-1.402,02</b>
D) Rettifiche di valore di attività finanziarie	-	-	0
<b>Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>0</b>
E) Proventi e oneri straordinari	-	-	0
<b>Totale proventi e oneri straordinari (E)</b>	<b>333.669,39</b>	<b>1.516.782,08</b>	<b>1.570.891,47</b>
<b>Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)</b>	<b>6.289.327,12</b>	<b>6.648.762,70</b>	<b>6.721.876,10</b>
<b>Imposte e tasse</b>			0
<b>Totale imposte e tasse</b>	<b>6.152.574,07</b>	<b>6.638.762,88</b>	<b>6.721.876,10</b>
<b>RISULTATO DI ESERCIZIO</b>	<b>136.753,05</b>	<b>9.999,82</b>	<b>0,00</b>

## BILANCIO GESTIONALE

Di seguito si riporta la rappresentazione del bilancio gestionale (settore dei ricavi e settore dei costi):

VOCE CE	RICAVI	consuntivo 2020	consuntivo 2021	consuntivo 2022
A.1.A	Finanziamenti a mandato regionali	61.060.555,68	54.304.634,39	63.857.737,19
A.1.B , A.1.C , A.1.D , A.3	Altri finanziamenti in conto esercizio	5.042.486,07	10.967.279,29	3.256.873,36
<b>A.1 , A.3</b>	<b>FINANZIAMENTI</b>	<b>66.103.041,75</b>	<b>65.271.913,68</b>	<b>67.114.610,55</b>
<b>A.4.A.1</b>	<b>MOBILITA' REGIONALE</b>	<b>101.145.626,53</b>	<b>116.336.335,43</b>	<b>108.534.923,53</b>
<b>A.4.A.3</b>	<b>MOBILITA' EXTRAREGIONALE</b>	<b>18.043.062,41</b>	<b>17.222.324,92</b>	<b>19.500.000,00</b>
A.2	Rettifica finanziamenti per investimenti	0,00	0,00	0,00
A.4.A.2 , A.4.B , A.4.C	Altri ricavi per prestazioni sanitarie	362.635,08	281.988,41	302.694,23
A.6	Compartecipazione alla spesa (ticket)	1.866.139,85	2.342.066,33	2.704.645,18
A.4.D	Ricavi ALP	3.186.510,08	4.462.406,85	4.718.986,98
A.5	Rimborsi	6.670.714,86	7.757.170,12	5.800.306,45
A.7	Sterilizzazione ammortamenti	4.536.096,52	4.647.859,88	4.338.830,37
A.8 , A.9	Altri ricavi	225.303,02	241.657,72	554.235,37
C.1 , C.2 , D.1 , E.1	Ricavi straordinari	644.992,93	2.399.966,39	2.570.508,35
<b>A.2 , A.4.A.2 , A.4.B , A.4.C , A.4.D , A.5 , A.6 , A.7 , A.8 , A.9 , C.1 , C.2 , D.1 , E.1</b>	<b>ALTRI RICAVI</b>	<b>17.492.392,34</b>	<b>22.133.115,70</b>	<b>20.990.206,93</b>
	<b>TOTALE RICAVI</b>	<b>202.784.123,03</b>	<b>220.963.689,73</b>	<b>216.139.741,01</b>
	<b>TOTALE COSTI</b>	<b>202.647.369,98</b>	<b>220.953.689,91</b>	<b>216.139.741,01</b>
	<b>RISULTATO</b>	<b>136.753,05</b>	<b>9.999,82</b>	<b>0,00</b>

<b>COSTI</b>				
<b>cdr</b>	<b>descrizione cdr</b>	<b>Consuntivo 2020</b>	<b>consuntivo 2021</b>	<b>consuntivo 2022</b>
AZ20-A010	Servizio igiene prevenzione e protezione	84.918,00	42.828,00	0,00
AZ20-A020	Direzione medica di presidio ospedaliero	2.918.843,76	2.738.327,34	3.007.292,10
AZ20-A030+A034	Farmacia	46.110.604,56	46.490.627,33	51.851.702,51
AZ20-P010	Direzione Amministrazione giuridica ed economica del personale	96.243.698,15	98.974.797,63	101.772.704,19
AZ20-P020	Direzione Amministrazione giuridica ed economica del personale	986.033,40	1.587.101,99	2.226.971,94
AZ20-P030	Direzione Procedimenti evidenza pubblica per forniture servizi e lavori	3.930.738,04	4.004.472,12	4.008.697,30
AZ20-Q010	Direzione Attività tecniche	7.853.535,46	10.148.708,39	11.591.549,50
AZ20-Q015	Direzione Attività economali e servizi alberghieri	14.205.700,47	13.541.357,58	15.773.825,02
AZ20-Q020	Ufficio controllo di gestione e sistemi informatici	2.259.546,93	2.391.104,56	2.562.224,77
AZ20-Q030	Direzione affari generali e legali	2.824.601,81	2.980.968,06	2.964.902,36
AZ20-Q060	Centro di formazione	155.024,95	139.350,89	243.849,67
AZ20-Q070	Ufficio legale	2.419.758,88	1.301.122,59	1.092.523,13
AZ20-Q080	Direzione economica e di contabilità generale	6.223.265,00	6.531.345,79	6.322.343,54
AZ20-Q090	Qualità	17.452,29	28.106,36	17.260,58
AZ20-R010	Attività libero-professionale intramuraria	3.072.986,92	4.245.738,51	4.483.185,82
AZ20-9*	Somme vincolate	1.871.898,64	5.465.252,53	1.993.861,13
AZ20-9052	EMERGENZA SANITARIA	12.529.003,82	20.278.066,59	6.653.011,84
	Variazioni giacenze	-1.060.241,10	64.413,65	-426.164,39
	<b>TOTALE COSTI</b>	<b>202.647.369,98</b>	<b>220.953.689,91</b>	<b>216.139.741,01</b>
	<b>TOTALE RICAVI</b>	<b>202.784.123,03</b>	<b>220.963.689,73</b>	<b>216.139.741,01</b>
	<b>RISULTATO</b>	<b>136.753,05</b>	<b>9.999,82</b>	<b>0,00</b>

## Pianificazione Triennale

### Obiettivi triennali

In questa sezione si evidenziano gli obiettivi strategici che l'Azienda intende perseguire nel triennio 2024-2026.

Tali obiettivi scaturiscono dalle linee programmatiche elaborate a livello nazionale, regionale e aziendale.

#### OBIETTIVI E LINEE PROGRAMMATICHE DEL LIVELLO NAZIONALE

- Rispetto dei tempi di attesa dei ricoveri secondo le indicazioni del Piano Nazionale Governo delle Liste di Attesa;
- Miglioramento dei valori degli indicatori elaborati dall'Istituto Sant'Anna di Pisa per il MeS;
- Miglioramento dei valori degli indicatori elaborati dall'AgeNaS nell'ambito del Piano Nazionale Esiti.

#### OBIETTIVI E LINEE PROGRAMMATICHE DEL LIVELLO REGIONALE

- Rispetto del tetto di spesa del personale;
- Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari;
- Governo del Risk Management;
- Miglioramento performance del sistema;
- Attuazione interventi PNRR missione 6 Salute;
- Stesura del Piano della Prevenzione;
- Governo delle liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali;
- Governo delle liste di attesa chirurgiche;
- Controlli sulla qualità delle prestazioni sanitarie erogate;
- Aumento produttività e incremento dell'attività di alta specialità regionale ed extra regionale;
- Aumento produttività e appropriatezza utilizzo posti letto;
- Riorganizzazione della rete dei laboratori con efficientamento del sistema (DGR 510/2022);
- Revisione delle attuali organizzazioni dipartimentali in funzione della nuova rete ospedaliera per raggiungere gli obiettivi di performance del sistema;
- Predisposizione di specifiche linee guida concernenti i criteri di accesso alle prestazioni di riabilitazione post acuzie ospedaliera;
- Definizione specifici interventi per il recupero della mobilità passiva in particolare quella ortopedica-riabilitativa;
- Utilizzo appropriato posti letto OBI;
- Revisione del numero delle SC e SS in relazione agli Ospedali;
- Razionalizzazione dell'impiego delle risorse umane con allineamento del personale agli standard per ospedale e unità operativa;
- Sviluppo sistemi di valutazione e controllo dell'appropriatezza;
- Definizione specifici interventi per il recupero della mobilità passiva in particolare quella ortopedica-riabilitativa;
- Sostenibilità delle strutture ospedaliere con valutazione rapporto costi-ricavi;
- Predisposizione dei controlli sull'appropriatezza della specialistica ambulatoriale;
- Riduzione costo complessivo del personale;
- Interventi diretti sulla riduzione dei costi per l'acquisto di beni e servizi da parte del SSR;

- Centralizzazione gare CRAS;
- Implementazione del sistema di monitoraggio e controllo della spesa sanitaria Regionale;
- Riorganizzazione e riqualificazione del patrimonio mobiliare ed immobiliare delle Aziende.

## OBIETTIVI E LINEE PROGRAMMATICHE DEL LIVELLO AZIENDALE

- Indicatori e adempimenti orientati al Governo Clinico e all'appropriatezza;
- Indicatori e adempimenti orientati all'efficienza dei sistemi aziendali;
- Indicatori e adempimenti orientati alla qualità delle cure;
- Indicatori e adempimenti orientati allo sviluppo della Formazione, anche a Distanza;
- Indicatori e adempimenti orientati all'innovazione e allo sviluppo della Ricerca Clinica;
- Indicatori e adempimenti orientati al rispetto delle norme Anticorruzione;
- Indicatori e adempimenti orientati al rispetto delle norme sulla trasparenza;
- Indicatori e adempimenti orientati al rispetto delle norme sulla Privacy.

### Programmazione annuale

#### Obiettivi annuali

In questa sezione, si evidenziano gli obiettivi operativi che l'Azienda intende perseguire nell'anno 2024.

In primo luogo si fa presente che l'individuazione degli **obiettivi principali** è scaturita da un'analisi delle problematiche maggiori che riguardano la qualità dell'assistenza e l'efficienza dell'attività ospedaliera.

Da tale analisi sono stati individuati i seguenti obiettivi principali:

- Aumento dei volumi di attività
  - Strumenti:
  - Efficientamento utilizzo delle sale operatorie;
  - Incremento della casistica di alta specialità;
  - Possibilità di effettuare interventi chirurgici presso il Presidio di Narni.
- Recupero della mobilità extraregionale
  - Strumenti:
  - Efficientamento utilizzo delle sale operatorie;
- Azzeramento sovraffollamento dei posti letto
  - Strumenti:
  - Riduzione inappropriata della degenza;
  - Riduzione inappropriata del ricovero.
- Efficientamento attività di Pronto Soccorso
  - Strumenti:
  - Riduzione dei tempi di attesa;
  - Riduzione del tasso di ricovero;
  - Accordo con AUSL Umbria 2 per smaltimento codici bianchi e verdi.
- Miglioramento efficienza impiego dei beni sanitari;
  - Strumenti:
  - Riduzione dei costi in relazione all'attività erogata.
- Miglioramento efficienza personale dipendente
  - Strumenti:

- Utilizzo indicatori e standard AgeNaS.
- Riduzione costi dei fattori produttivi
  - Strumenti:
  - Analisi puntuale dei costi dei Centri di Risorsa.

Per fare in modo che gli obiettivi sopra elencati possano essere conseguiti la Direzione Aziendale ha messo in campo nove tavoli operativi che hanno il compito di analizzare, monitorare, interfacciarsi con i Professionisti coinvolti e proporre soluzioni in merito all'argomento per cui è stato avviato ogni singolo tavolo.

Di seguito sono riportati i nove **tavoli operativi** con l'indicazione per ciascuno dell'argomento di riferimento, dei componenti previsti, degli obiettivi specifici e degli indicatori che possono essere utilizzati per il monitoraggio delle attività.

- **Analisi e monitoraggio dotazione personale sanitario e addetto all'assistenza**
  - Componenti: Direttore Sanitario, DMPO, Professioni Sanitarie, Controllo di Gestione
  - Obiettivi: Razionalizzazione della distribuzione del personale sanitario e addetto all'assistenza
  - Indicatori: Costo del personale, Standard di attività del personale
- **Analisi e monitoraggio utilizzo sale operatorie**
  - Componenti: Direttore Sanitario, DMPO, Professioni Sanitarie, Rappresentanti dei Chirurghi Ospedalieri, Rappresentanti degli Anestesisti Ospedalieri, Controllo di Gestione
  - Obiettivi: Efficientamento utilizzo sale operatorie, Riduzione liste di attesa, Incremento attività chirurgica di alta specializzazione
  - Indicatori: Tasso di utilizzo sale operatorie, Tempo di turn-over, Complessità casistica attività operatoria
- **Liste di attesa attività specialistica-ambulatoriale**
  - Componenti: Direttore Sanitario, DMPO, CUP Manager, Controllo di Gestione
  - Obiettivi: Programmazione attività specialistica ambulatoriale ai fini del rispetto dei tempi di attesa, Azioni per il conseguimento degli obiettivi previsti dal Piano Nazionale Governo Liste di Attesa e dalla Regione Umbria
  - Indicatori: Numero prestazioni ambulatoriali, Numero prestazioni ambulatoriali traccianti P.N.G.L.A., Indicatori obiettivi regionali
- **Analisi e monitoraggio sovraffollamento ricoveri ospedalieri**
  - Componenti: Direttore Sanitario, DMPO, Qualità, Professioni Sanitarie
  - Obiettivi: Diminuzione e progressivo azzeramento della presenza di letti occupati nei corridoi e della necessità di allettamento dei pazienti in sezioni diverse dal reparto di ricovero
  - Indicatori: Indicatori di appropriatezza della degenza e del ricovero
- **Integrazione Ospedale-Territorio**

- Componenti: Direttore Sanitario, DMPO, Qualità, Affari Generali
- Obiettivi: Sviluppo di azioni di integrazione tra Ospedale e Territorio, Individuazione delle aree in cui tali azioni sono maggiormente necessarie, Elaborazione di Protocolli in collaborazione con le Strutture dell'Asl.
- Indicatori: Indicatori relativi alle aree di integrazione
- **Analisi e monitoraggio indicatori di performance**
  - Componenti: Direttore Sanitario, DMPO, Qualità, Controllo di Gestione
  - Obiettivi: Miglioramento dei valori relativi agli indicatori di performance aziendali
  - Indicatori: Volumi di attività, Indicatori di efficienza aziendali, Indicatori MeS, Indicatori AgeNaS
- **Analisi e monitoraggio costi dei beni sanitari**
  - Componenti: Direttore Sanitario, DMPO, Farmacia, Controllo di Gestione
  - Obiettivi: Razionalizzazione impiego dei beni sanitari
  - Indicatori: Costo dei beni sanitari, Indicatori di efficienza
- **Analisi e monitoraggio costi del personale**
  - Componenti: Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Risorse Umane, Controllo di Gestione
  - Obiettivi: Razionalizzazione impiego del personale
  - Indicatori: Costo del personale, Standard di attività del personale
- **Analisi e monitoraggio costi dei centri di risorsa**
  - Componenti: Direttore Amministrativo, Economico Finanziario, Controllo di Gestione
  - Obiettivi: Razionalizzazione impiego dei fattori produttivi, Assegnazione budget dei centri di risorsa
  - Indicatori: Costo dei fattori produttivi, Budget dei centri di risorsa,

Per la definizione completa del sistema di programmazione annuale, una volta fissati gli obiettivi principali e attivati i tavoli operativi, rimane da menzionare il processo di negoziazione e assegnazione degli obiettivi e degli indicatori di budget.

Tale processo è stato descritto nel presente Piano della Performance nel paragrafo 1.2 relativo alla descrizione dell'organizzazione del Processo di Pianificazione e Controllo.

Di seguito sono riportate le schede degli obiettivi da assegnare ai Centri di Attività della Dirigenza Sanitaria, così come sono strutturate nell'anno 2024.

Relativamente al settore del Comparto Sanitario, proseguendo quanto già messo in pratica nell'anno precedente, sono previsti inoltre una serie di obiettivi specifici per ogni Dipartimento che saranno proposti dalla Direzione del S.I.T.R.O..

Per quanto riguarda l'area degli uffici di supporto sono previsti obiettivi ripresi dalla programmazione regionale, unitamente ad altri specifici aziendali o della singola Struttura.

La situazione degli obiettivi riportata nelle tabelle che seguono è da ritenersi quasi definitiva, ciò non toglie che nel corso degli incontri di negoziazione dei budget sarà possibile proporre eventuali altri obiettivi o discutere sulla loro assegnazione.

Le schede sono suddivise in cinque aree:

- SCHEDA 1: BUDGET ECONOMICO (RICAVI / COSTI)
- SCHEDA 2: INDICATORI AZIENDALI DI PERFORMANCE
- SCHEDA 3: INDICATORI MES
- SCHEDA 4: INDICATORI AGENAS
- SCHEDA 5: ADEMPIMENTI

*AREA 1: BUDGET ECONOMICO*

<b>1a) VALORE ATTIVITA'</b>					
<i>Indicatore</i>	<i>Risultati 2019</i>	<i>Risultati 2022</i>	<i>Risultati 2023</i>	<i>Obiettivo 2024</i>	<i>Peso</i>
Volume attività di ricovero medio-bassa specialità regionale					
Volume attività di ricovero alta specialità regionale					
Volume attività di ricovero extraregionale					
<b>Totale Volume Attività di Ricovero</b>					
Volume attività specialistica ambulatoriale medio-bassa specialità regionale					
Volume attività specialistica ambulatoriale extraregionale					
<b>Totale Volume Attività Specialistica Ambulatoriale</b>					
<b>Totale Volume Attività</b>					

\* Nel caso dei reparti chirurgici gli obiettivi di attività indicati saranno rivalutati in base alla variazione delle sedute operatorie assegnate

<b>1b) COSTI</b>					
<i>Indicatore</i>	<i>Risultati 2019</i>	<i>Risultati 2022</i>	<i>Risultati 2023</i>	<i>Obiettivo 2024</i>	<i>Peso</i>
<b>COSTI BENI SANITARI</b>					
Consumo beni sanitari reparto					
Consumo beni sanitari servizio					
Consumo beni sanitari sala operatoria alto costo					
<b>Totale Costi Diretti</b>					
Consumo farmaci File F					
Consumo beni sanitari costi comuni reparto					
Consumo beni sanitari costi comuni sala operatoria					

\* Gli obiettivi di costo indicati saranno rivalutati in base alla variazione dei volumi di attività prodotti

<b>1c) EFFICIENZA</b>					
<i>Indicatore</i>	<i>Risultati 2019</i>	<i>Risultati 2022</i>	<i>Risultati 2023</i>	<i>Obiettivo 2024</i>	<i>Peso</i>
Costo beni sanitari per euro di attività					

AREA 2: INDICATORI AZIENDALI DI PERFORMANCE

<b>Indicatore</b>	<b>Risultati 2019</b>	<b>Risultati 2022</b>	<b>Risultati 2023</b>	<b>Obiettivo 2024</b>	<b>Peso</b>
Incremento complessità della casistica - peso medio DRG					
Inappropriatezza della degenza - indice di performance					
% utilizzo sala operatoria incluso turn over					
% dimessi domenica					

AREA 3: INDICATORI MES

<b>Indicatori MES</b>		<b>Risultati 2019</b>	<b>Risultati 2022</b>	<b>Risultati 2023</b>	<b>Obiettivo 2024</b>	<b>Peso</b>
C2A.C	indice di performance degenza media - DRG chirurgici				<=0,27	
C2A.M	indice di performance degenza media - DRG medici				<=0,30	
C4.1.1	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari				<=19,00	
C4.4	% colecistectomie laparoscopiche effettuate in DS e ricovero ordinario 0-1 giorno				>= 55,00	
C4.7	% ricoveri in Day-Surgery				>= 65,00	
C5.2	% fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione				>= 67,00	
C5.3	% Prostatectomia transuretrale				>= 85,00	
C5.12	% fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate				>=90,00	
C7.1	% parti cesarei depurati				<= 20,00	
C7.3	% episiotomia depurata				<= 25,00	
C7.6	% parti operativi (uso di forcipe o ventosa)				<= 5,00	
C10.1.1	% ricoveri sopra soglia 50 annui per tumore maligno alla prostata				>=80,00	
C10.2.1	% interventi conservativi e nipple-skin sparing-ricostruttivi alla mammella per tumore maligno				>= 75,00	
C16.3.NA	PS - % pazienti con codice priorità 4 visitati entro 120 minuti				>= 65,00	
C16.4	PS - % accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore				>= 90,00	
C16.4.1.N	PS - % pazienti con tempi di permanenza entro le 8 ore				>= 92,00	
C16.7	PS - % ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione				>= 65,00	
D9	PS - % di abbandoni dal Pronto Soccorso				<= 2,50	
D18	% dimissioni volontarie				<= 0,70	

<b>Indicatori di Esito</b>	<b>Risultati 2019</b>	<b>Risultati 2022</b>	<b>Risultati 2023</b>	<b>Obiettivo 2024</b>	<b>Peso</b>
CA01 - Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni				<= 8,0	
CA02 - Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni				>= 45,0	
CA03 - Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni				<= 9,0	
CA04 - By-pass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni				<= 1,5	
CA05 - Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni				<= 1,5	
CA06 - Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni				<= 1,0	
NE01 - Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni				<= 10,0	
NE02 - Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia				<= 1,5	
RE01 - BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni				<= 7,0	
CG01 - Colectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni				>= 70,0	
CG02 - Colectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 100 casi				>= 80,0	
CO01 - Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività > 150 casi				>= 80,0	
CO03 - Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni				<= 0,5	
CO04 - Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni				<= 4,0	
CO05 - Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni				<= 3,0	
GP01 - Proporzione di parti con taglio cesareo primario				<= 25,0	
GP02 - Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio				<= 0,2	
GP03 - Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio				<= 0,3	
OS01 - Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni				>= 60,0	
OS02 - Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico				<= 4,0	

<b>Adempimenti</b>	<b>Fonte</b>	<b>Certific.</b>	<b>Monit.</b>	<b>Peso</b>
Rispetto adempimenti appropriatezza prescrittiva DGR. 1227/2023	M. Costantini	M. Costantini	annuale	
Rispetto e/o collaborazione in merito alle attività richieste dal responsabile dell'"Anticorruzione"	M. Rizzo	M. Rizzo	annuale	
Rispetto e/o collaborazione in merito alle attività richieste dal progetto sul "Governo Clinico e Appropriatezza"	M. Rizzo	M. Rizzo	annuale	
Rispetto e/o collaborazione in merito alle attività richieste dal responsabile della "Trasparenza"	Lorenzoni	Lorenzoni	annuale	
Rispetto e/o collaborazione in merito alle attività richieste dal responsabile della "Privacy"	Alessiani	Alessiani	annuale	
Rispetto e/o collaborazione in merito alle attività richieste dal responsabile della "Transizione al Digitale"	Pierotti	Pierotti	annuale	
Rispetto e/o collaborazione in merito alle attività richieste dal responsabile del "Risk Management"	Urbani	Urbani	annuale	
Rispetto e/o collaborazione in merito alle attività richieste dal responsabile della "Formazione e Qualità"	A. Ascani	A. Ascani	annuale	

**Avendo la Direzione Aziendale per l'anno 2024 posto come obiettivo principale la riduzione del sovraffollamento ospedaliero, è stato posto come requisito per l'accesso al processo di valutazione il conseguimento di un valore dell'indice di performance minore di 100,0.**

### **Performance di struttura**

L'attività dei Dirigenti Sanitari è caratterizzata, nello svolgimento delle proprie mansioni e funzioni, dall'autonomia tecnico-professionale i cui ambiti di esercizio, attraverso momenti di valutazione e verifica, sono progressivamente ampliati.

L'autonomia tecnico-professionale, con le connesse responsabilità, si esercita nel rispetto della collaborazione multiprofessionale, nell'ambito di indirizzi operativi e programmi di attività promossi, valutati e verificati a livello Dipartimentale ed Aziendale, finalizzati all'efficace utilizzo delle risorse e all'erogazione di prestazioni appropriate e di qualità.

Il Dirigente, in relazione all'attività svolta, ai programmi concordati da realizzare ed alle specifiche funzioni allo stesso attribuite, è responsabile del risultato anche se richiedente un impegno orario superiore a quello contrattualmente definito.

Si fa presente che, ai sensi dell'Art. 15, comma 3 del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., l'eventuale impegno orario ulteriore prestato in eccesso rispetto a quello contrattualmente disciplinato si considera utile al raggiungimento degli obiettivi concordati, entro il limite previsto, per ciascun dirigente, dall'Art. 27, comma 4, del C.C.N.L. 24-1-2024.

La performance di struttura viene valutata attraverso lo sviluppo di quattro paralleli processi di budget e assegnazione degli obiettivi:

### **ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI AI CENTRI DI ATTIVITA' (DIRIGENZA SANITARIA)**

Per centro di attività della Dirigenza Sanitaria si intendono tutte le Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali previste dal vigente organigramma aziendale che soddisfano i seguenti requisiti:

- Sono dotate di un Dirigente Sanitario responsabile;
- Producono attività di ricovero e/o specialistica ambulatoriale;

- È possibile determinare con chiarezza le attività espletate e le risorse disponibili.

#### ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI AI CENTRI DI ATTIVITA' (COMPARTO SANITARIO)

Per centro di attività del Comparto Sanitario si intendono tutte le Unità Operative / Aree previste dal vigente organigramma aziendale che soddisfano i seguenti requisiti:

- Sono dotate di un Coordinatore delle Professioni Sanitarie;
- Concorrono alle attività di ricovero e/o specialistica ambulatoriale e/o di sala operatoria.
- È possibile determinare con chiarezza le attività espletate e le risorse disponibili.

#### ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI AI CENTRI SANITARI DI SUPPORTO

Per centri sanitari di supporto si intendono le Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali e gli Incarichi di Funzione Organizzativi dell'area sanitaria previsti dal vigente organigramma aziendale che soddisfano i seguenti requisiti:

- Sono dotati di un Dirigente Sanitario o di un titolare di Incarico di Funzione Organizzativa, in assenza di un Dirigente di Struttura sovraordinato, in qualità di responsabile;
- Sono titolari di attività di natura organizzativa;
- È possibile determinare con chiarezza le attività espletate e le risorse disponibili.

#### ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI AI CENTRI AMMINISTRATIVI

Per centri amministrativi si intendono le Strutture Complesse e Semplici e gli Incarichi di Funzione Organizzativa dell'area tecnico-amministrativa previsti dal vigente organigramma aziendale che soddisfano i seguenti requisiti:

- Sono dotati di un Dirigente Amministrativo / Tecnico / Professionale o di un titolare di Incarico di Funzione Organizzativa, in assenza di un Dirigente di Struttura sovraordinato, in qualità di responsabile;
- Sono titolari di attività di natura organizzativa;
- È possibile determinare con chiarezza le attività espletate e le risorse disponibili.

La valutazione della performance di struttura fornisce come risultato un valore percentuale, che determina il risultato di ciascun centro di budget aziendale da integrare per ciascun dipendente con il risultato della propria performance individuale.

## Performance individuale

Il sistema di valutazione aziendale, in via sperimentale, è stato introdotto a regime nel 2010 con il collegamento al sistema premiante attraverso l'applicazione immediata delle nuove disposizioni della cosiddetta riforma Brunetta.

Pertanto, sia nell'anno 2010 sia nel 2011, il sistema di premialità, facendo leva sul classico metodo Brunetta, ha di fatto avviato l'istituzionalizzazione del riconoscimento selettivo e differenziato finalizzato alla corresponsione degli incentivi nella performance individuale ed organizzativa.

Nell'ottica della strategia aziendale di taratura e miglioramento della performance complessiva si sono poste le nuove schede di valutazione della performance individuale adottate per il Comparto a partire dall'anno 2014.

I report valutativi adottati nel 2014, ad integrazione e modifica del sistema di valutazione vigente, sono distinti tra categorie e profili professionali con tarature diversificate dei singoli item valutativi al fine di rendere più pertinente e oggettiva la valutazione individuale degli operatori del comparto.

Inoltre, la valutazione complessiva si fonda sulla pesatura diversificata per categorie e profili professionali delle componenti di performance individuale e organizzativa al fine di valorizzare in maniera significativa responsabilità e ruoli. Dopo alcune implementazioni e modifiche migliorative introdotte nel 2015 e 2016, dall'anno 2017 le schede di valutazione sono state integrate sperimentalmente, e solo per il personale di area sanitaria afferente al servizio della Professioni Sanitarie, con un feedback periodico tra valutato e valutatore utile a rilevare con periodicità semestrale i miglioramenti e/o le segnalazioni di errore di valutazione.

Nel corso dell'ultimo triennio, l'OIV, a seguito del monitoraggio e della costante verifica sull'attuazione delle procedure previste e sui conseguenti andamenti, ha promosso una serie di interventi migliorativi sui piani collegati di valutazione e premialità sia del Comparto sia dell'Area Dirigenziale.

Le leve fondamentali che tale processo deve azionare in modo più incisivo attraverso il collegato Sistema di Budgeting, così come negli ultimi anni indicato insistentemente dal NVA prima e dall'OIV poi, sono la diffusione in azienda della nuova cultura di pianificazione e programmazione del raggiungimento di obiettivi condivisi, trasparenti e raggiungibili, la misurazione delle performance conseguite e la conseguente taratura di soluzioni migliorative di performance sia individuali sia organizzative.

Il processo già avviato si sta sviluppando progressivamente, così come testimoniano il presente aggiornamento del Piano della Performance e l'implementazione di adeguamenti migliorativi in recepimento delle direttive dell'OIV in tema di valutazione e performance e/o maturati dall'esperienza e revisione critica degli stessi gestori/fruitori dei sistemi stessi.

L'obiettivo che l'Azienda ospedaliera S. Maria di Terni sta perseguendo è quello di promuovere il merito e il miglioramento della performance individuale, utilizzando sistemi premianti selettivi che valorizzino i dipendenti che conseguono le migliori performance, attraverso l'attribuzione selettiva di incentivi economici e di carriera.

Il monitoraggio infrannuale, previsto con feedback periodico tra valutato e valutatore, per il personale sanitario del Comparto si è dimostrato essere un valido strumento nei processi di formazione della valutazione e di orientamento dell'azione e dei comportamenti dei valutati. Infatti, lo strumento predisposto ha lo scopo di arricchire la cultura della valutazione rendendo sempre più trasparente, condiviso e partecipativo il confronto tra valutato e valutatore nella reciproca collaborazione e nel rispetto dei ruoli, superando le criticità e le incomprensioni determinate da una mera e sterile compilazione del report di valutazione da parte del valutatore a consuntivo.

La valutazione individuale permanente, pertanto, gradualmente costituirà l'esito finale del confronto continuo tra Valutatore e Valutato, tappa fondamentale per la misurazione, oltre che delle competenze e delle conoscenze dei professionisti/operatori, del grado di raggiungimento del percorso di crescita professionale, di collaborazione nell'equipe e di condivisione della mission di struttura e aziendale.

In considerazione del fatto che la valorizzazione dell'apposito report di valutazione complessiva del personale dipendente e dirigente deve tenere conto quindi dei diversi elementi, quali la professionalità dimostrata e i comportamenti attuati, anche rispetto alla categoria e/o profilo di appartenenza, all'area assistenziale di assegnazione e/o incarico ricoperto per il Comparto e della tipologia di incarico assegnato e dell'area di intervento assistenziale /di direzione strategica per l'Area Dirigenziale, così come proposto dall'OIV, nel corso del 2024 sarà avviata la revisione delle schede di valutazione .

Inoltre, è in corso di approfondimento e di revisione la procedura di valutazione di seconda istanza al fine di accogliere le proposte in merito avanzate dall'OIV, al fine di garantire le temperate aspettative connesse al riesame.

### **Il sistema premiante**

L'affinamento e l'ottimizzazione degli strumenti fondamentali di pianificazione, di misurazione e di miglioramento della performance stessa sia nell'ambito della qualità prestazionale individuale del lavoratore sia di quella organizzativa contribuiscono in maniera concreta a promuovere il merito e il miglioramento della performance, utilizzando sistemi premianti selettivi che valorizzino i dipendenti del comparto e i dirigenti che conseguono le migliori performance, attraverso l'attribuzione selettiva di incentivi economici, progressioni economiche, incarichi di funzione e incarichi dirigenziali.

Ciascun dipendente di comparto e dirigente, a conclusione del ciclo annuale, inoltre accede alle quote premiali previste, connesse alla valorizzazione della performance individuale e di quella organizzativa, nell'ambito del fondo destinato alla retribuzione di risultato calcolata ed elaborata secondo i criteri attualmente vigenti stabiliti dalla già citata D.D.G. n. 959/2018 e successive modificazioni.

### **Considerazioni conclusive**

#### **Validità e aggiornamenti del Piano della Performance**

Il presente Piano della Performance, riferito al triennio 2024/2026, integrato nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2024/2026 dell'Azienda Ospedaliera di Terni, tiene conto dell'evoluzione dell'Azienda, sia rispetto agli indicatori considerati, sia rispetto all'assetto del Sistema di Pianificazione e Controllo.

#### **Collegamento al sito istituzionale aziendale - "Amministrazione Trasparente"**

La redazione del piano avviene in conformità a quanto disposto dalla Legge 6 novembre 2012, n. 190, e successive modificazioni, e dal D. Lgs. n. 33/2013, modificato dal D. Lsg. n.97/2016.

Essendo il Piano uno strumento di ricognizione degli strumenti utilizzati dall'Azienda (Delibera C.I.V.I.T. 6/2013), contempla l'integrazione del ciclo della performance con gli obiettivi e le misure volte a garantire la trasparenza dell'amministrazione e la prevenzione ed il contrasto alla corruzione, contenute nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione.

A garanzia di tale coordinamento si procede ad inserire in via sistematica nel ciclo di gestione, disposto nel Piano della Performance, gli obiettivi di cui sopra e si provvede a dare pubblicità dei documenti in questione sul sito aziendale ([www.aospterni.it](http://www.aospterni.it)) nella sezione "Amministrazione Trasparente".

## Rischi corruttivi

### Acronimi e definizioni

<i>Definizioni</i>	
<i>A.G.E.N.A.S.</i>	<i>Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali</i>
<i>A.L.P.I.</i>	<i>Attività Libero Professionale Intramuraria</i>
<i>A.N.A.C.</i>	<i>Autorità Nazionale Anticorruzione</i>
<i>C.A.</i>	<i>Codice appalti D.Lgs 50/2016</i>
<i>C.D.C.</i>	<i>Codice di Comportamento</i>
<i>CIVIT</i>	<i>Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche</i>
<i>C.R.A.S.</i>	<i>Centrale Regionale Acquisti Sanità</i>
<i>D.F.P.</i>	<i>Dipartimento per la Funzione Pubblica</i>
<i>D.P.O.</i>	<i>Data Protection Officer - Responsabile protezione dati personali</i>
<i>F.O.I.A.</i>	<i>Freedom of information act</i>
<i>G.D.P.R.</i>	<i>General Data Protection Regulation</i>
<i>O.I.V.</i>	<i>Organismo Indipendente di Valutazione</i>
<i>OO.SS.</i>	<i>Organizzazioni Sindacali</i>
<i>P.A.F.</i>	<i>Piano Aziendale Formativo</i>
<i>P.N.A.</i>	<i>Piano Nazionale Anticorruzione</i>
<i>P.N.V.E.</i>	<i>Programma Nazionale di Valutazione degli Esiti</i>
<i>P.T.P.C.T.</i>	<i>Piano Triennale Aziendale di Prevenzione della corruzione e della trasparenza</i>
<i>R.A.S.A.</i>	<i>Responsabile Anagrafica Stazioni Appaltanti</i>
<i>R.D.P.</i>	<i>Responsabile protezione dati personali - Data Protection Officer</i>
<i>R.P.C.</i>	<i>Responsabile Aziendale Prevenzione della Corruzione</i>
<i>R.T.</i>	<i>Responsabile per la trasparenza</i>
<i>R.U.P.</i>	<i>Responsabile Unico del Procedimento</i>
<i>U.O.</i>	<i>Unità Operativa</i>
<i>U.P.D.</i>	<i>Ufficio Provvedimenti Disciplinari</i>
<i>A.O.</i>	<i>Azienda Ospedaliera "S.Maria" Terni</i>

### Premessa

In attuazione dell'art. 6 della convenzione dell'organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, ratificata con L. 116/2009, con la legge 6 novembre 2012, n. 190 recante *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”* è stato introdotto nel nostro ordinamento un sistema organico di prevenzione e contrasto della corruzione secondo una strategia articolata su due livelli: nazionale e decentrato.

A livello nazionale un ruolo fondamentale è svolto dal Piano Nazionale Anticorruzione (PNA). Il Piano Nazionale Anticorruzione 2013 è stato predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP), sulla base delle linee guida definite dal Comitato interministeriale, e approvato con deliberazione n. 72/2013 dalla Commissione Indipendente per la Valutazione, l'Integrità e la Trasparenza (CIVIT ora ANAC), individuata dalla legge quale Autorità nazionale anticorruzione.

La stessa Autorità nella sua nuova forma istituzionale di ANAC, ha poi provveduto alla emanazione dei successivi PNA:

- Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015 - Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione;
- Delibera n. 831 del 3 agosto 2016 - Approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016;
- Delibera n. 1208 del 22 novembre 2017 - Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione;
- Delibera 1074 del 21 novembre 2018 - Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione.

- Delibera 1064 del 13 novembre 2019 - Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2019 al Piano Nazionale Anticorruzione.
- Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (pubblicato nel sito dell'Autorità Nazionale Anticorruzione)

Il processo di formulazione e attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione è sostanzialmente articolato su due livelli.

**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.

L'obiettivo del Piano Nazionale Anticorruzione è quello di garantire la coerenza complessiva del sistema di prevenzione della corruzione mentre l'obiettivo del Piano triennale di prevenzione della Corruzione e Trasparenza è quello di garantire l'autonomia delle singole amministrazioni e l'efficacia di soluzioni personalizzate.

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 tal senso il Piano si presenta non come un'attività compiuta, bensì come un insieme di strumenti dinamici finalizzati alla prevenzione che vengono, come affermato dalle linee di indirizzo del Comitato Ministeriale di cui al DPCM 16 gennaio 2013

“via via 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.

Per chiarezza espositiva occorre precisare due concetti:

1. il termine corruzione, considerata la ratio della L. 190/2012, dal PNA e del presente PTPC, esorbita dalle fattispecie disciplinate dal codice penale in quanto ha lo scopo di prevenire ogni condotta del dipendente e di chiunque presti attività lavorativa in nome e per conto dell'Azienda, indipendentemente dal ruolo ricoperto al suo interno, che possa dar luogo *a un uso, o ad un abuso, del proprio ruolo, della propria funzione o del proprio potere al fine di ottenere, anche solo potenzialmente, per sé o altri un vantaggio patrimoniale o non patrimoniale* o possa, con la sua condotta, dar luogo a situazioni in cui (a prescindere dalla rilevanza penale) si evidenzino *un malfunzionamento dell'amministrazione*.

2. l'Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni persegue i fini istituzionali di tutela e promozione della salute del cittadino in adempimento di quanto previsto dall'articolo 32 della Costituzione, nel rispetto

delle disposizioni normative nazionali ed in coerenza di quanto previsto dalla Legge Regionale 12 novembre 2012 n. 18.

Nella sua organizzazione e funzionamento l'Azienda Ospedaliera S. Maria si informa al principio della centralità della persona e della valorizzazione del ruolo e responsabilità degli operatori. Si impegna a condurre la propria attività con integrità, correttezza, professionalità e trasparenza evitando ogni comportamento che possa facilitare la commissione di qualsiasi tipo di illecito compromettendo la fiducia degli utenti e degli operatori e ledere l'immagine dell'Azienda.

L'Azienda Ospedaliera adempie al dettato normativo mediante il proprio Piano triennale tenendo conto della peculiarità dell'attività svolta, della sua struttura organizzativa e della sua dotazione organica.

L'Azienda Ospedaliera S. Maria Terni, in considerazione della persistente carenza di personale amministrativo, che rende complicata, tra l'altro, l'assegnazione di personale di supporto ai Responsabili Anticorruzione e Trasparenza, ritiene, anche alla luce di quanto previsto dall'art. 43 del d.lgs. 33/2013 e dalle 'Linee guida trasparenza' pubblicate in data 29.12.2016, di tenere distinte le figure di Responsabile della prevenzione della corruzione e Responsabile della trasparenza con il fine di ottimizzare le rispettive competenze.

Nel mese di febbraio 2019, con atto deliberativo n. 99 del 01/02/2019, è stato nominato il dott. Massimo Rizzo come Responsabile prevenzione della corruzione dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni; nel mese di maggio, con atto deliberativo n.177 del 22/05/2019, è stato adottato il PTCPT 2019-2021.

L'emergenza pandemica da Covid-19 ha inevitabilmente condizionato l'adozione puntuale degli ultimi Piani Aziendali Anticorruzione: considerando la variabile "pandemia" e gli inevitabili risvolti sui processi amministrativi e sanitari, si ripropone aggiornandolo con le disposizioni dell'ANAC l'impianto del Piano 2023-2025.

Anche nel presente PTCPT 2023-2025, con riferimento al PNA 2022, 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; nel PTCPT, si ripropone la mappatura dei processi aziendali delle principali aree di rischio individuate nel precedente piano con l'obiettivo di implementare la mappatura di ulteriori processi con i diversi Direttori/Responsabili.

Per fare in modo che la gestione del rischio sia efficace, l'Azienda Ospedaliera si ispira ai seguenti principi già introdotti nell'allegato 6 del PNA 2013 e tratti da UNI ISO 31000 2010:

- a) **La gestione del rischio crea e protegge il valore.** La gestione del rischio contribuisce in maniera dimostrabile al raggiungimento degli obiettivi ed al miglioramento della prestazione, per esempio in termini di salute e sicurezza delle persone, security, rispetto dei requisiti cogenti, consenso presso l'opinione pubblica, protezione dell'ambiente, qualità del prodotto gestione dei progetti, efficienza nelle operazioni, governance e reputazione.
- b) **La gestione del rischio è parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione.** La gestione del rischio non è un'attività indipendente, separata dalle attività e dai processi principali dell'organizzazione. La gestione del rischio fa parte delle responsabilità della direzione ed è parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione, inclusi la pianificazione strategica e tutti i processi di gestione dei progetti e del cambiamento.
- c) **La gestione del rischio è parte del processo decisionale.** La gestione del rischio aiuta i responsabili delle decisioni ad effettuare scelte consapevoli, determinare la scala di priorità delle azioni e distinguere tra linee di azione alternative.
- d) **La gestione del rischio tratta esplicitamente l'incertezza.** La gestione del rischio tiene conto esplicitamente dell'incertezza, della natura di tale incertezza e di come può essere affrontata.
- e) **La gestione del rischio è sistematica, strutturata e tempestiva.** Un approccio sistematico, tempestivo e strutturato alla gestione del rischio contribuisce all'efficienza ed a risultati coerenti, confrontabili ed affidabili.
- f) **La gestione del rischio si basa sulle migliori informazioni disponibili.** Gli elementi in ingresso al processo per gestire il rischio si basano su fonti di informazione quali dati storici, esperienza, informazioni di ritorno dai portatori d'interesse, osservazioni, previsioni e parere di

specialisti. Tuttavia, i responsabili delle decisioni dovrebbero informarsi, e tenerne conto, di qualsiasi limitazione dei dati o del modello utilizzati o delle possibilità di divergenza di opinione tra gli specialisti.

- g) **La gestione del rischio è “su misura”.** La gestione del rischio è in linea con il contesto esterno ed interno e con il profilo di rischio dell'organizzazione.
- h) **La gestione del rischio tiene conto dei fattori umani e culturali.** Nell'ambito della gestione del rischio individua capacità, percezioni e aspettative delle persone esterne ed interne che possono facilitare o impedire il raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione.
- i) **La gestione del rischio è trasparente e inclusiva.** Il coinvolgimento appropriato e tempestivo dei portatori d'interesse e, in particolare, dei responsabili delle decisioni, a tutti i livelli dell'organizzazione, assicura che la gestione del rischio rimanga pertinente ed aggiornata. Il coinvolgimento, inoltre, permette che i portatori d'interesse siano opportunamente rappresentati e che i loro punti di vista siano presi in considerazione nel definire i criteri di rischio.
- j) **La gestione del rischio è dinamica.** La gestione del rischio è sensibile e risponde al cambiamento continuamente. Ogni qual volta accadono eventi esterni ed interni, cambiano il contesto e la conoscenza, si attuano il monitoraggio ed il riesame, emergono nuovi rischi, alcuni rischi si modificano ed altri scompaiono.
- k) **La gestione del rischio favorisce il miglioramento continuo dell'organizzazione.** Le organizzazioni dovrebbero sviluppare ed attuare strategie per migliorare la maturità della propria gestione del rischio insieme a tutti gli altri aspetti della propria organizzazione.

Per quanto riguarda la definizione di corruzione, la Circolare n. 1 del Dipartimento della Funzione Pubblica del 25 gennaio 2013 osserva che la Legge non contiene una definizione di "corruzione", che viene quindi data per presupposta; questa invita a contestualizzare il concetto di corruzione comprendendovi le situazioni in cui, nel corso dell'attività dell'amministrazione pubblica si riscontri l'abuso, da parte di un soggetto, del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati. Le situazioni rilevanti, pertanto, non si esauriscono nella violazione degli artt. 318, 319 e 319 ter del c.p. e vanno oltre la gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I del codice penale: esse comprendono tutte le situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, si riscontri un evidente malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini propri delle funzioni attribuite.

La legge 27 maggio 2015, n. 69 “Disposizioni in materia di delitti contro la pubblica amministrazione, di associazioni di tipo mafioso e di falso in bilancio”, è intervenuta nella materia ed ha inasprito le pene per i reati di corruzione, concussione e peculato modificando la normativa vigente.

Appare utile richiamare e riportare di seguito la definizione di corruzione contenuta nel PNA e ribadita nell'aggiornamento 2015 nel quale *“si conferma la definizione del fenomeno contenuta nel PNA, non solo più ampia dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, ma coincidente con la “maladministration”, intesa come assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari. Occorre, cioè, avere riguardo ad atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse”.*

La Rete Europea contro le Frodi e la Corruzione nel Settore sanitario, un'organizzazione non profit il cui principale obiettivo è contrastare frodi, corruzione e sprechi in sanità, stima che in Europa circa il 6% del budget per la sanità sia assorbito dalla corruzione. Ma, sottolinea il rapporto, se si escludono valutazioni sporadiche, non sono disponibili stime certificabili con specifico riferimento alla realtà italiana.

Gli effetti della corruzione in sanità non sono solo economici (in particolare sulle finanze pubbliche), ma incidono negativamente anche:

- sulla crescita economica del Paese (perdita di competitività, allontanamento investitori stranieri);

---

<sup>1</sup> La c.d. “Maladministration” indica una serie di fenomeni che “vanno dai ritardi nell'espletamento delle pratiche, alla scarsa attenzione alle domande dei cittadini, al mancato rispetto degli orari di lavoro, fino alle stesse modalità di trattare le persone senza il dovuto rispetto e la necessaria gentilezza”, cui si aggiungono, poi, condotte che sono fonte di responsabilità: conflitti d'interesse, nepotismo, clientelismo, partigianeria, occupazione di cariche pubbliche, assenteismo, sprechi.

- sulla razionalità della distribuzione delle risorse;
- sul funzionamento delle istituzioni pubbliche e sulla legittimazione democratica delle stesse;
- sul tasso di fiducia dei cittadini nella legalità e imparzialità dell'azione degli apparati pubblici;
- costituendo un freno all'innovazione da parte dei corrotti;
- riducendo l'accesso ai servizi;
- esercitando maggior peso sui deboli;
- recando danno all'immagine per la P.A.

Più in generale, le varie forme di illegalità messe in atto nel settore sanitario non si limitano a sottrarre risorse ai programmi di assistenza, ma minano la fiducia nel sistema di tutela della salute da parte delle persone. Per tale ragione l'affermazione della legalità e dell'integrità nel settore sanitario deve costituire un impegno prioritario per i responsabili delle politiche pubbliche, soprattutto in un momento in cui le istituzioni sono percepite come molto lontane dai loro problemi quotidiani dei cittadini.

Il Decreto Legge 9.6.2021, n. 80, convertito in Legge 6.8.2021, n. 113 ha introdotto (art. 6) il **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)**, nuovo strumento strategico che mira ad integrare i principali atti di pianificazione che le Pubbliche Amministrazioni erano tenute ad adottare in precedenza. Tra i contenuti prescritti dalla normativa citata per il costituendo PIAO vi sono *'gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'ANAC con il Piano Nazionale Anticorruzione.'*

Nel **PNA 2022**, si sottolinea quanto stabilito dal Consiglio di Stato relativamente al processo di **integrazione dei piani confluiti nel PIAO** che deve avvenire in modo progressivo e graduale anche attraverso strumenti di tipo non normativo come il monitoraggio e la formazione. Ciò anche al fine di *"limitare all'essenziale il lavoro "verso l'interno" e valorizzare, invece, il lavoro che può produrre risultati utili "verso l'esterno", migliorando il servizio delle amministrazioni pubbliche. Tale integrazione e "metabolizzazione" dei piani preesistenti e, soprattutto, tale valorizzazione "verso l'esterno" non potrà che avvenire, come si è osservato, progressivamente e gradualmente"*.

Con la [delibera n. 605 del 19 dicembre 2023](#), l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha approvato l'**AGGIORNAMENTO 2023 del PNA 2022**. La scelta, per quest'anno, è stata quella di concentrarsi solo sul settore dei contratti pubblici a seguito dell'entrata in vigore del nuovo Codice

È quindi stata rielaborata e sostituita la tabella contenente l'esemplificazione delle possibili correlazioni tra rischi corruttivi e misure di prevenzione della corruzione (tabella n. 12 del PNA 2022) con nuove tabelle aggiornate.

La parte finale è dedicata alla trasparenza dei contratti pubblici. Si è delineata la disciplina applicabile in materia di trasparenza amministrativa alla luce delle nuove disposizioni sulla digitalizzazione del sistema degli appalti e dei regolamenti adottati dall'Autorità, in particolare quelli adottati con le delibere ANAC nn. 261 e 264, e successivi aggiornamenti, del 2023. L'Allegato 1) a quest'ultima elenca i dati, i documenti, le informazioni inerenti il ciclo di vita dei contratti la cui pubblicazione va assicurata nella sezione "Amministrazione trasparente", sottosezione "Bandi di gara e contratti". Sono state inoltre fornite indicazioni sulla attuazione degli obblighi di trasparenza per le procedure avviate nel 2023 e non ancora concluse.

## **PNA 2022: La prevenzione della corruzione e la trasparenza come dimensioni del valore pubblico**

Nel corso dell'anno 2022, l'ANAC ha pubblicato il Piano Nazionale Anticorruzione 2022 che ha tenuto conto da una parte dell'ingente flusso di denaro a disposizione previsto con il PNRR, e dall'altra, delle deroghe alla legislazione ordinaria introdotte per esigenze di celerità della realizzazione di molti interventi, causa pandemia.

Nel suddetto PNA 2022, con contenuti innovativi rispetto ai precedenti, vengono ribaditi alcuni elementi di riferimento per la stesura del PTCPT e del PIAO e vengono forniti "strumenti" e raccomandazioni/suggerimenti di particolare interesse e rilievo per cui si ritiene utile, per facilitarne la diffusione, riportarne sinteticamente alcuni nel presente PTCPT all'interno di un paragrafo dedicato, con la raccomandazione per i diversi stakeholder e, soprattutto per i Responsabili dei Servizi/Uffici maggiormente coinvolti, di approfondire gli argomenti consultando direttamente il documento dell'ANAC.

Il PNA 2022 è suddiviso in due parti: una parte generale e una parte speciale.

Per quanto riguarda la **parte generale**, si sottolinea anzitutto la nozione ampia di **valore pubblico** intesa come miglioramento della qualità della vita e del benessere economico, sociale, ambientale delle comunità di riferimento, degli utenti, degli stakeholder, dei destinatari di una politica o di un servizio. Si tratta di un concetto che non va limitato agli obiettivi finanziari/monetizzabili ma comprensivo anche di quelli socio-economici, che ha diverse sfaccettature e copre varie dimensioni del vivere individuale e collettivo. Le misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza sono essenziali per conseguire tale obiettivo e per contribuire alla sua generazione e protezione mediante la riduzione del rischio di una sua erosione a causa di fenomeni corruttivi.

Per quanto riguarda il **PIAO**, il PNA 2022 riprendendo il Consiglio di Stato, nel parere sullo schema di d.P.R. relativo al PIAO, ha chiarito che il processo di integrazione dei piani confluiti nel PIAO debba avvenire in modo progressivo e graduale anche attraverso strumenti di tipo non normativo come il monitoraggio e la formazione. Ciò anche al fine di "limitare all'essenziale il lavoro "verso l'interno" e valorizzare, invece, il lavoro che può produrre risultati utili "verso l'esterno", migliorando il servizio delle amministrazioni pubbliche. Tale integrazione e "metabolizzazione" dei piani preesistenti e, soprattutto, tale valorizzazione "verso l'esterno" non potrà che avvenire, come si è osservato, progressivamente e gradualmente".

Sottolineando l'importanza dell'analisi del contesto esterno e interno, il PNA 2022 "suggerisce" che nella **mappatura dei processi**, le Amministrazioni

- a) *si concentrino sui processi in cui sono gestite risorse finanziarie, in primo luogo del PNRR e dei fondi strutturali;*
- b) *rafforzino la sinergia fra performance e misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza nella logica di integrazione indicata".*

Per quanto riguarda il **monitoraggio** per i PIAO e per i PTPCT, il PNA 2022 ricorda che esso riguarda tutte le fasi di gestione del rischio al fine di poter intercettare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per l'analisi e la ponderazione del rischio. Si introduce inoltre il cd. "**monitoraggio integrato**" e permanente delle sezioni che costituiscono il PIAO: il monitoraggio integrato si aggiunge e non sostituisce quello delle singole sezioni di cui il PIAO si compone.

Il PNA 2022 riporta testualmente che *"l'attuazione del monitoraggio spetta: nel monitoraggio di primo livello, ai referenti (se previsti) del RPCT o, in autovalutazione, ai responsabili degli uffici e dei servizi responsabili delle misure.*

*Il responsabile del monitoraggio di primo livello informa il RPCT sul se e come le misure di trattamento del rischio sono state attuate, dando atto anche di una valutazione dell'utilità delle stesse rispetto ai rischi corruttivi da contenere  
Nel monitoraggio di secondo livello, l'attuazione è compito del RPCT, coadiuvato da una struttura di supporto e/o con il coinvolgimento degli altri organi con funzioni di controllo interno (internal audit), laddove presenti"*

Tra i fenomeni da "attenzione" viene sottolineato il cd. "pantouflage" (passaggio di dipendenti pubblici al settore privato). Per garantire il rispetto della disposizione sul pantouflage si raccomanda alle amministrazioni/enti di adottare misure adeguate volte a prevenire tale fenomeno.

Le misure suggerite laddove non già presenti, saranno integrate nel PTCPT 2023-2025.

Per quanto riguarda la **parte speciale** (Il PNRR e i Contratti Pubblici), il PNA 2022, per via dell'introduzione di specifiche legislazioni di carattere speciale e derogatorio che, in sostanza, hanno reso più che mai composito e variegato l'attuale quadro legislativo di riferimento, riporta in un apposito capitolo, le **Deroghe e modifiche alle procedure di affidamento dei contratti pubblici**

Base di partenza e punto di osservazione per l'analisi del settore della contrattualistica pubblica può essere rappresentata dai contenuti di interesse del d.l. n. 77/2021, per poi proseguire con la prospettazione delle più rilevanti modifiche intervenute in materia ad opera della successiva legislazione.

Le norme ricadenti all'interno del Titolo IV ("Contratti pubblici") del citato d.l. n. 77/2021 risultano caratterizzate, infatti, da un estremo grado di eterogeneità quanto a struttura e finalità.

Per i dettagli degli interventi normativi e per un'illustrazione dei contenuti delle modifiche apportate e degli istituti coinvolti da tali modifiche si mutuano e si rendono disponibili con la pubblicazione del PTCPT 2023-2025, i seguenti allegati:

Allegato 5 al PNA: "Indice ragionato delle deroghe e delle modifiche alla disciplina dei contratti pubblici";

Allegato 6 al PNA: "Appendice normativa sul regime derogatorio dei contratti pubblici";

Allegato 7 al PNA: "Contenuti del bando tipo n. 1/2021";

Allegato 8 al PNA: "Check-list per gli appalti".

Per quanto riguarda i Profili critici che emergono dalle deroghe introdotte dalle recenti disposizioni legislative, il PNA 2022 ribadisce che le criticità possono emergere nelle diverse fasi del ciclo dell'appalto

- nella fase di affidamento
- in fase di esecuzione

Sono state identificate, per i principali istituti incisi dalle norme, possibili criticità e misure per mitigarle che le amministrazioni potranno considerare nell'elaborazione dei propri PTPCT o della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO.

Sempre a supporto delle amministrazioni, l'ANAC ha elaborato cinque *check-list* di cui esse potranno avvalersi per la preparazione e il successivo controllo degli atti di specifiche tipologie di affidamento.

Le *check-list* sono state predisposte per le procedure che, considerati i margini più ampi di discrezionalità concessi dalla normativa, possono comportare maggiori rischi corruttivi o di *maladministration*: a) affidamento diretto; b) procedura negoziata per i servizi e le forniture; c) procedura negoziata per i lavori; d) procedure in deroga; e) procedure attinenti alla modifica dei contratti e alle varianti in corso d'opera. Resta fermo che le stesse possono essere integrate e adattate dalle amministrazioni per tenere conto di ulteriori elementi meritevoli di attenzione.

Altri capitoli del PNA 2022 sono dedicati alla figura del **RUP**, alla individuazione e gestione dei **Conflitti di interessi** in materia di contratti pubblici, alla **Trasparenza in materia di contratti pubblici** (obblighi di trasparenza, accesso civico generalizzato ai dati sui contratti pubblici, trasparenza degli interventi finanziari con i fondi del PNRR), all'applicazione della normativa in

materia di prevenzione della corruzione e per la trasparenza alle figure dei Commissari straordinari<sup>132</sup> nominate per la realizzazione degli interventi infrastrutturali ex art. 4 del decreto-legge 18 aprile 2019, n. 32 (c.d. decreto Sbloccacantieri).

### **Aggiornamento 2023 del PNA 2022 (delibera n.605 del 19 dicembre 2023)**

Nell'aggiornamento 2023 del PNA 2022 (Delibera n.605 del 19 dicembre 2023), si sottolinea che la disciplina in materia di contratti pubblici è stata innovata dal d.lgs. 31 marzo 2023, n. 36 “Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici”, intervenuto in costanza di realizzazione degli obiettivi del PNRR/PN. Ad avviso dell’Autorità, la parte speciale del PNA 2022 dedicata ai contratti pubblici risulta sostanzialmente ancora attuale. Pertanto, con l’Aggiornamento 2023, si intendono fornire solo limitati chiarimenti e modifiche a quanto previsto nel PNA 2022, al fine di introdurre, ove necessario, riferimenti alle disposizioni del nuovo codice. Alla luce di quanto sopra, si precisa che rispetto al PNA 2022:

- resta ferma la Parte generale., così come gli allegati da 1 a 4 che ad essa fanno riferimento.

Nella parte speciale:

- il capitolo sulla disciplina derogatoria in materia di contratti pubblici e prevenzione della corruzione è sostituito dal capitolo 1 dell’aggiornamento 2023. Sono superate anche le *check list* contenute nell’allegato 8 al PNA 2022;
- il capitolo sul conflitto di interessi mantiene la sua validità per quanto riguarda i soggetti delle stazioni appaltanti cui spetta fare le dichiarazioni di assenza di conflitti di interessi e i contenuti delle relative dichiarazioni;
- il capitolo sulla trasparenza rimane fermo fino al 31 dicembre 2023 e, comunque, fino all’entrata in vigore delle norme sulla digitalizzazione salvo l’applicazione della disciplina transitoria come precisata nel cap. 2 del approfondimento del PNA 2023. Rimane fermo il capitolo 3 “La disciplina della trasparenza degli interventi finanziati con i fondi del PNRR” disciplinata da circolari del MEF e relative al sistema ReGiS;
- rimane, infine, fermo il capitolo sui Commissari straordinari.

### **Quanto agli allegati, si conferma la vigenza dei seguenti:**

- All. 1 Parte generale *check-list* PTPCT e PIAO
- All. 2 Parte generale sottosezione trasparenza PIAO PTPCT
- All. 3 Parte generale RPCT e struttura supporto
- All. 4 Parte generale Ricognizione delle semplificazioni vigenti
- All. 9 Parte speciale Obblighi trasparenza contratti (fino al 31.12.2023)
- All. 10 Parte Speciale Commissari straordinari modifiche
- All. 11 Parte Speciale Analisi dei dati piattaforma PTPCT

### **Non sono più in vigore i seguenti allegati:**

- All. n°5 Indice ragionato delle deroghe e delle modifiche alla disciplina dei contratti pubblici
- All. n°6 Appendice normativa sul regime derogatorio dei contratti pubblici
- All. n°7 Contenuti del Bando tipo 1/2021
- All. n°8 *Check-list* appalti.

Tenuto conto del nuovo quadro normativo, l'ANAC fornisce le seguenti precisazioni circa l'applicabilità delle indicazioni in materia di contratti pubblici contenute nella Parte Speciale del PNA 2022 e nel presente Aggiornamento 2023:

1. si applica il PNA 2022 a tutti i contratti con bandi e avvisi pubblicati prima del 1° luglio 2023, ivi inclusi i contratti PNRR;
2. si applica il PNA 2022 ai contratti con bandi e avvisi pubblicati dal 1° luglio 2023 al 31 dicembre 2023, limitatamente alle specifiche disposizioni di cui alle norme transitorie e di coordinamento previste dalla parte III del nuovo Codice (da art. 224 a 229);
3. si applica il PNA 2022 ai contratti PNRR con bandi e avvisi pubblicati dal 1° luglio 2023, con l'eccezione degli istituti non regolati dal d.l. n. 77/2021 e normati dal nuovo Codice (ad esempio, la digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti), per i quali si applica il presente Aggiornamento 2023;
4. si applica l'Aggiornamento 2023 ai contratti con bandi e avvisi pubblicati dal 1° luglio 2023, tranne quelli di cui ai precedenti punti 2 e 3.

## **Normativa di riferimento**

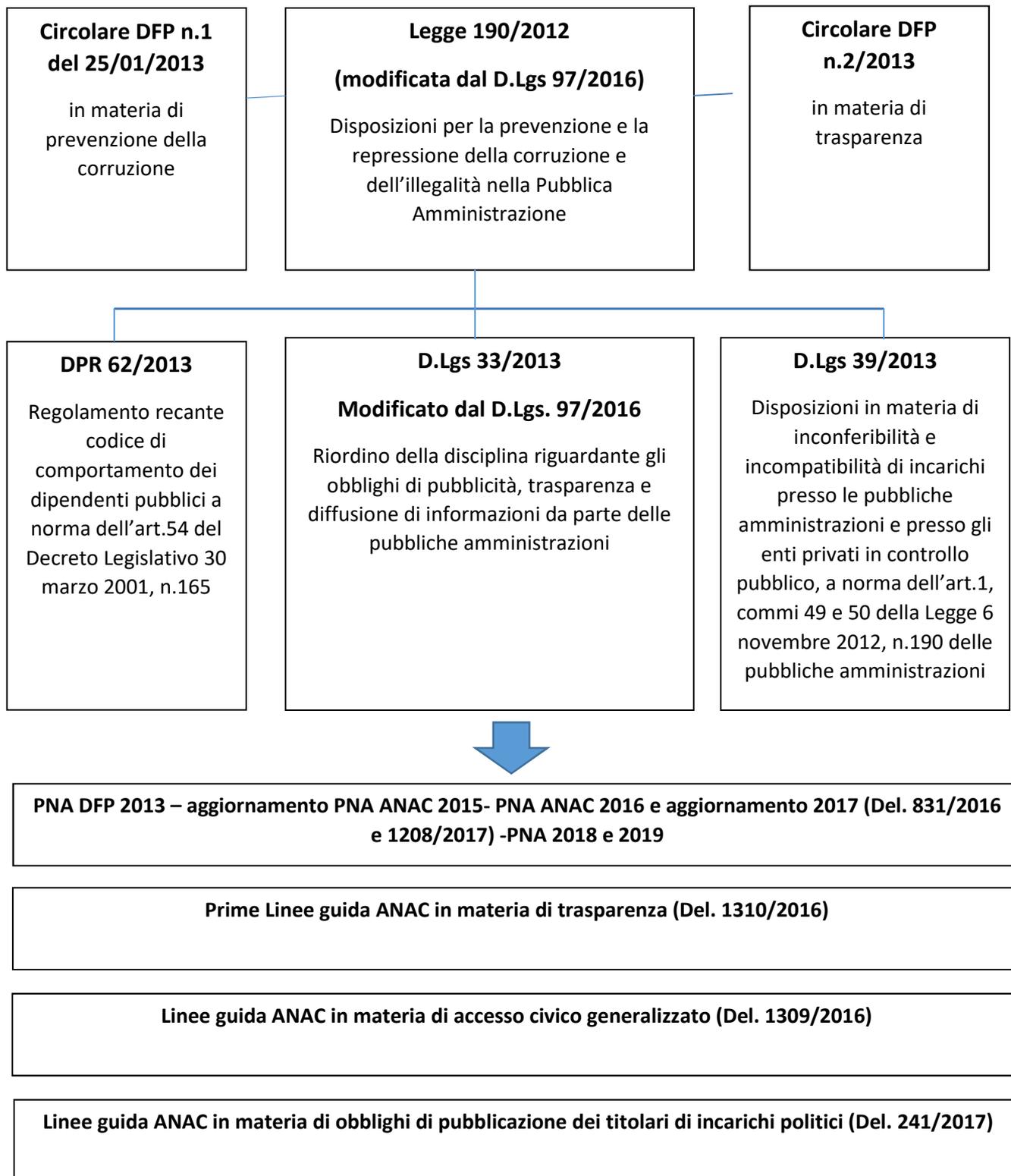
### **Norme a carattere generale.**

- Delibera n.605 del 19 dicembre 2023 Aggiornamento 2023 del PNA 2022
- Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (pubblicato nel sito dell'Autorità Nazionale Anticorruzione)
- Delibera numero 1064 del 13 novembre 2019 “Approvazione in via definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2019”
- 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)”*
- LEGGE 30 novembre 2017, n. 179 *“Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”*.
- DECRETO LEGISLATIVO 20 luglio 2017, n. 118 *“Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 20 giugno 2016, n. 116, recante modifiche all'articolo 55-quater del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai sensi dell'articolo 17, comma 1, lettera s), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di licenziamento disciplinare”*.
- Delibera n. 556 del 31/5/2017 *Determinazione n. 4 del 7 luglio 2011 recante: Linee guida sulla tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi dell'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 (Aggiornata al decreto legislativo 19 aprile 2017, n. 56 recante “Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50” con delibera n. 556 del 31 maggio 2017)*
- DECRETO LEGISLATIVO 25 maggio 2017, n. 75 *“Modifiche e integrazioni al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai sensi degli articoli 16, commi 1, lettera a), e 2, lettere b), c), d) ed e) e 17, comma 1, lettere a), c), e), f), g), h), l) m), n), o), q), r), s) e z), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche.”*
- DECRETO LEGISLATIVO 25 maggio 2017, n. 74 *“Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n. 124”*.
- Circolare 2/2017 del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione del 30/05/2017 *“Attuazione delle norme sull'accesso civico generalizzato (c.d. F.O.I.A.)”*.
- DECRETO LEGISLATIVO 19 aprile 2017, n. 56 *“Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50”*
- LEGGE 8 marzo 2017, n. 24 *“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.”*

- Delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016 “*Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016*”.
- DECRETO LEGISLATIVO 20 giugno 2016, n. 116 “*Modifiche all'articolo 55-quater del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai sensi dell'articolo 17, comma 1, lettera s), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di licenziamento disciplinare*”.
- DECRETO LEGISLATIVO 25 maggio 2016, n. 97 “*Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*”.
- DECRETO LEGISLATIVO 14 settembre 2015, n. 150 “*Disposizioni per il riordino della normativa in materia di servizi per il lavoro e di politiche attive, ai sensi dell'articolo 1, comma 3, della legge 10 dicembre 2014, n. 183*”.
- LEGGE 28 dicembre 2015, n. 208 “*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)*”.
- Determinazione ANAC n. 12 del 28/10/2015 “*Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione*”.
- Decreto Ministeriale del 3 settembre 2015 “*Individuazione delle Ragionerie territoriali dello Stato e definizione dei relativi compiti*”.
- Determinazione n. 8 del 17 giugno 2015 “*Linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici*”
- Legge 27 maggio 2015, n. 69 “*Disposizioni in materia di delitti contro la pubblica amministrazione, di associazioni di tipo mafioso e di falso in bilancio*”.
- DPCM 21 gennaio 2015, n. 24 “*Regolamento concernente i termini di conclusione dei procedimenti amministrativi di competenza del Ministero della salute aventi durata non superiore a novanta giorni, in attuazione dell'articolo 2, comma 3, della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni.*”
- Delibera ANAC n.149 del 22 dicembre 2014 “*Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/13 nel settore sanitario*”.
- DECRETO-LEGGE 24 giugno 2014, n. 90 “*Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari*”
- LEGGE 30 ottobre 2013, n. 125 - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, recante disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni.
- Delibera CIVIT n. 72 dell'11/09/2013: approvazione de “*Il Piano Nazionale Anticorruzione come predisposto dal Dipartimento della funzione pubblica e trasmesso dal Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione alla Commissione in data 6 settembre 2013*”.
- D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 “*Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*”
- Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 “*Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*”;
- Linee di indirizzo del 13 marzo 2013 del “*Comitato Interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*” per la predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione;
- Circolare n.1 del 25 gennaio 2013 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica;

- D.P.C.M. 16 gennaio 2013 contenente le linee di indirizzo del Comitato interministeriale per la predisposizione, da parte del Dipartimento della funzione pubblica, del Piano nazionale anticorruzione di cui alla legge 6 novembre 2012, n.190;
- Legge 17 dicembre 2012, n. 221 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, recante ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese.
- Legge 6 novembre 2012, n.190 *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell' illegalità nella pubblica amministrazione”*;
- Legge 28 giugno 2012, n. 110 Ratifica ed esecuzione della Convenzione penale sulla corruzione, fatta a Strasburgo il 27 gennaio 1999;
- DPR 16/04/2013 n. 62: *“regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165”*;
- D.L. 18 ottobre 2012 n. 179 *“Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese”*. Art. 34-bis. *“Autorità nazionale anticorruzione”*;
- D.L. 6 luglio 2012, n. 95 *“Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini ((nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario))”*. Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012, n. 135
- DGR Umbria n. 52 del 23/01/2012 *“Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n. 150. Schema di decreto legislativo di attuazione della legge 4 marzo 2009 n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni – Provvedimenti attuativi”*.
- Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 *“Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”*
- Legge 3 agosto 2009, n. 116 *“Ratifica ed esecuzione della Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dalla Assemblea generale dell'ONU il 31 ottobre 2003 con risoluzione n. 58/4, firmata dallo Stato italiano il 9 dicembre 2003, nonché norme di adeguamento interno e modifiche al codice penale e al codice di procedura penale.”*
- Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165 *“Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”*;
- Codice Penale Italiano articoli dal 318 a 322.

## Ambito normativo di riferimento



## Contesto esterno

Con la delibera n. 12 del 28 ottobre 2015 di aggiornamento al Piano Nazionale Anticorruzione l'ANAC ha evidenziato l'importanza dell'esame del contesto esterno ed interno per l'effettuazione di una precisa analisi dei rischi e per l'individuazione delle azioni da mettere in campo per prevenire eventi corruttivi o di malamministrazione.

Anche se un preciso esame del contesto ha maggior rilievo per quelle amministrazioni che operano in un quadro territoriale ampio (regioni, aziende territoriali, Asl) nei paragrafi che seguono sono riportate alcune informazioni che evidenziano il contesto in cui opera l'Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni.

## Contesto internazionale

Tanti sono ormai i documenti, le analisi sul fenomeno corruttivo presente in molte realtà socioeconomiche in diversi paesi.

Il fenomeno, di dimensioni assai più diffuse di quanto possa apparire, ci incita pertanto a ricercare (anche nella nostra realtà) misure preventive e di controllo sempre più permeanti il contesto organizzativo in cui operiamo.

*“Il tema della legalità – e quelli speculari della violazione dei diritti e della corruzione – sono di grande attualità in questo momento storico e coinvolgono tutte le istituzioni e i settori della nostra società. La crisi economica generale, la crisi del lavoro e la riduzione delle risorse per i servizi ai cittadini hanno di colpo reso evidente ai più che le risorse scarse non possono essere sprecate a causa di comportamenti opportunistici e fuori dalle regole stabilite per tutelare il benessere della collettività. Il mondo della Sanità e il servizio sanitario nazionale sono uno dei principali ambiti economici della nostra società (per numero di addetti nei servizi pubblici, nel privato e nell'indotto, per volumi di attività e di scambi, per assorbimento di risorse dello Stato e delle Regioni). È quindi atteso che esso sia più o meno diffusamente minacciato da fenomeni e comportamenti ascrivibili alla violazione della trasparenza, della legalità o addirittura della corruzione. Contrastare tali minacce significa impegnarsi per l'equità e per la qualità dei servizi sia del settore pubblico sia di quello privato e contribuire a garantire il miglior uso delle risorse dei singoli e della comunità.”*

*“Il tema merita attenzione anche perché nel settore sanitario e sociale la corruzione produce effetti non solo economici (in particolare sulle finanze pubbliche), ma anche sulla salute delle popolazioni: riduce l'accesso ai servizi, soprattutto fra i più vulnerabili; peggiora in modo significativo – a parità di ogni altra condizione – gli indicatori generali di salute ed è associata a una più elevata mortalità infantile. Più in generale le varie forme di illegalità presenti nel settore sanitario non si limitano a sottrarre risorse ai programmi di assistenza, ma minano la fiducia nel sistema di tutela della salute da parte delle persone. Per tale ragione il contrasto della illegalità nel settore sociale e sanitario deve costituire un impegno prioritario per i responsabili delle politiche pubbliche e i professionisti del settore, soprattutto in un momento di grave crisi economica..”*

Da: “Illuminiamo la Salute – Per non cadere nella ragnatela dell'illegalità”  
Introduzione di Nerina Dirindin Presidente Coripe Piemonte.

I concetti espressi continuano a rappresentare, con lucida sintesi l'essenza del problema con specifico riguardo al mondo della Sanità e sono tutt'ora di attualità.

I rapporti tra Corruzione e Sanità sono stati analizzati all'interno di diversi studi portati avanti da diverse organizzazioni che hanno pubblicato i loro Studi: Libro Bianco sulla Corruption in Sanità a cura di ISPE Sanità (anno 2014), Corruzione e sprechi in Sanità di Transparency International Italia (anno 2016) e Italia-Agenda Anticorruzione 2017 (per citarne alcuni) che rilevano come il nostro Paese sia tra quelli in cui è più alto il grado di *corruzione percepita*: 2016: Italia al 60° su 176 Paesi a livello mondiale (voto 47/100); tuttavia, sotto questo profilo, il grado di percezione si è comunque positivamente modificato in quanto nel 2012 (cioè quando il nostro Paese ha cominciato a definire un sistema più organico di intervento sul fenomeno – anche sul piano normativo -) l'Italia era al 72° posto a livello mondiale (voto 42/100) (Fonte: Transparency International Italia-Agenda Anticorruzione 2017). Ad oggi, secondo l'Indice di Percezione della Corruzione, l'Italia è al 54° posto nel mondo per corruzione percepita. Il nostro Paese avrebbe ulteriormente migliorato la sua posizione grazie all'approvazione di leggi, come la legge anticorruzione e quella sul whistleblowing, ma ancora molto c'è da fare e crediamo che una buona parte del cambiamento debba venire anche dalla società civile, che si attiva. (fonte: Transparency International Italia).

Concentrando l'attenzione sul mondo della Sanità, gli ambiti che maggiormente sono analizzati come possibili zone in cui è più facile l'instaurarsi di fenomeni corruttivi sono individuati, per ricordare i più significativi, negli appalti, nei rapporti con l'industria farmaceutica (individuazione dei fabbisogni, comparaggio, prescrizioni non necessarie, brevetti e uso di farmaci equivalenti, ecc.), nella ricerca scientifica (fenomeni di *misconduct* scientifica), nei rapporti con la Sanità privata (controlli e rimborsi) e nei controlli che le Aziende Sanitarie a loro volta sono tenute a fare verso soggetti esterni.

A livello Internazionale è inoltre alta l'attenzione da parte degli organi istituzionali ONU, Consiglio d'Europa, Commissione Europea e OCSE tra tutti.

In particolare l'Ocse governa un processo di raccomandazioni e controlli nei confronti dei propri Stati membri affinché attivino e favoriscano un sistema di integrità al proprio interno come base delle proprie regole di funzionamento riconoscendo che l'integrità è fondamentale nell'amministrazione pubblica, poiché salvaguarda l'interesse pubblico e rafforza valori fondamentali come l'impegno per una democrazia multiforme basata sullo stato di diritto e il rispetto dei diritti umani.

E' stata recentemente approvata una nuova Raccomandazione (*Recommendation on integrity*) volta a consolidare un sistema completo di integrità nei Paesi aderenti che dovranno tra l'altro:

1. dimostrare il proprio IMPEGNO nelle sfere politiche e gestionali più alte all'interno del settore pubblico e rafforzare l'integrità pubblica, riducendo la corruzione;
2. fissare delle leggi/norme di condotta severe per i funzionari pubblici;
3. promuovere una cultura dell'integrità pubblica che comprenda la società nel suo complesso in collaborazione con il settore privato, la società civile e le persone fisiche;
4. investire in una leadership integra con il fine di dimostrare l'impegno nell'integrità di un ente del settore pubblico;
5. favorire una cultura organizzativa della trasparenza all'interno del settore pubblico che risponda alle preoccupazioni relative all'integrità;
6. applicare un sistema di controllo e gestione dei rischi che salvaguardi l'integrità negli enti pubblici;
7. rafforzare il ruolo di supervisione e controllo esterni al sistema di integrità del settore pubblico, in particolare;
8. promuovere la trasparenza e la partecipazione delle parti interessate in ogni fase del processo politico e del ciclo di elaborazione di politiche pubbliche con l'obiettivo di promuovere la responsabilità e l'interesse generale, in particolare.

Nella considerazione che la corruzione e altre violazioni dell'integrità, dalle quali nessun paese è immune, sono diventate sempre più complesse e articolate, la Raccomandazione va a sostituire quella del Consiglio sul miglioramento della condotta etica nel settore pubblico adottata nel 1998.

Focalizzando poi l'attenzione sulla situazione specifica del nostro Paese, diverse sono state nel tempo le verifiche effettuate da organismi internazionali sulla situazione italiana.

La Commissione Europea nel 2014 incitava l'Italia ad esercitare un'azione repressiva immediata ed efficace in quanto «*i casi contro funzionari di alto livello in cui le sanzioni sono stata effettivamente applicate sono pochi*» (*Rapporto sulla corruzione negli Stati Membri*)

Il Consiglio d'Europa, inoltre, attraverso il proprio organismo per la lotta alla corruzione (GRECO)

aveva già reso noto il proprio rapporto relativo all'anno 2015 rilevando, con riferimento all'Italia, il percorso di riforme intrapreso con l'inasprimento delle pene in tema di corruzione e di traffico di influenze illecite; nel 2017 tuttavia testualmente sosteneva che: «*La lotta alla corruzione deve diventare una questione di cultura e non solo di regole; ciò richiederà un approccio a lungo termine, un'istruzione continua in tutti i settori della società come componente indispensabile della strategia anticorruzione e un inequivocabile impegno politico*» (fonte: 4° Rapporto di valutazione dell'Italia). Ciò a comprova che ancora molto deve essere fatto nel nostra sistema nazionale non tanto e solo nell'adozione di norme ma soprattutto nella diffusione della cultura dell'integrità nella società civile.

Ad ulteriore testimonianza dell'impegno internazionale nella lotta ai fenomeni corruttivi e per lo sviluppo della cultura della legalità, nello scorso mese di ottobre 2018 è stato avviato il processo di creazione di una rete continentale di Autorità per la prevenzione della corruzione tra i rappresentanti di 16 Paesi Europei (accordo di Sibenik – Croazia) , che vede protagonista l'Italia, con lo scopo di fornire un luogo di scambio di informazioni e di buone pratiche e per elaborare anche standard comuni su vari

temi ritenuti di rilievo. Soprattutto si vuole, con l'iniziativa, individuare misure comuni di prevenzione che possano essere il più efficaci possibili.

## 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. Quindi possiamo analizzare un'indagine svolta non più solo sulla percezione bensì basata su accadimenti vissuti.

Dalla lettura del resoconto si evidenziava che circa il 7,9% delle famiglie nel corso della vita fosse stato coinvolto direttamente in eventi corruttivi quali richieste di denaro, favori, regali o altro in cambio di servizi o agevolazioni (2,7% negli ultimi 3 anni, 1,2% negli ultimi 12 mesi).

L'indicatore complessivo (7,9%) raggiungeva il massimo nel Lazio (17,9%) e il minimo nella Provincia autonoma di Trento (2%), ma la situazione sul territorio è molto diversificata a seconda degli ambiti della corruzione.

La corruzione in sanità è più frequente in Abruzzo (4,7%) e in Campania (4,1%).

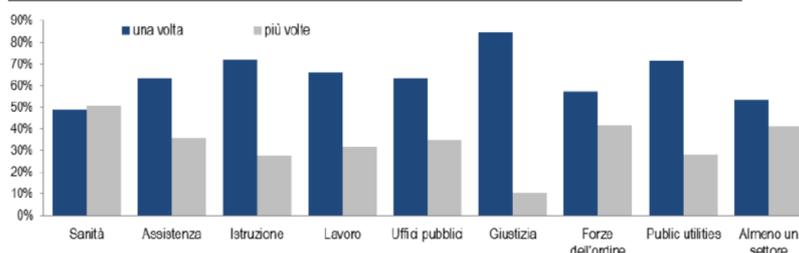
La richiesta di effettuare una visita privata prima del trattamento nella struttura pubblica era elevata in Puglia (20,7%), Basilicata (18,5%), Sicilia (16,1%) e Lazio (14,4%).

La richiesta di tangenti o favori in cambio di benefici assistenziali era risultata invece sensibilmente superiore al dato medio nazionale (2,7%) in Molise (11,8%), Puglia (9,3%), Campania (8,8%) e Abruzzo (7,5%).

Risultava che in sanità la richiesta di denaro o altri beni avvenisse da parte di un medico nel 69% dei casi (da un primario di medicina nel 20,2%), da un infermiere nel 10,9% o da altro personale sanitario nel 19,6% dei casi, mentre per un altro 11,1% da parte di figure professionali non sanitarie.

Questi due grafici, dei tanti che Istat ha prodotto per dare evidenza dei dati raccolti, in cui si dà rappresentazione di quanto sopra riportato con specifico riferimento alla sanità.

FIGURA 1. FAMIGLIE CHE HANNO AVUTO RICHIESTE DI DENARO, REGALI, FAVORI O ALTRO IN CAMBIO DI AGEVOLAZIONI O SERVIZI PER NUMERO DI EPISODI DI CORRUZIONE (IN CLASSI) E SETTORE. Anno 2016, per 100 famiglie che hanno avuto richieste



PROSPETTO 2. FAMIGLIE IN CUI ALMENO UN COMPONENTE HA AVUTO RICHIESTE DI DENARO, FAVORI, REGALO O ALTRO IN CAMBIO DI FAVORI O SERVIZI NEL CORSO DELLA VITA PER TITOLO DI STUDIO DEI COMPONENTI E PER SETTORE. Anno 2016, per 100 famiglie

ALMENO UN CASO DI CORRUZIONE	Famiglie che hanno avuto richieste di denaro, favori o altro		
	di cui: con almeno un componente con titolo di studio elevato	di cui: senza componenti con titolo di studio elevato	
<b>ALMENO UN CASO DI CORRUZIONE</b>	<b>7,9</b>	<b>9,8</b>	<b>7,3</b>
<b>SETTORI</b>			
Sanità	2,4	3,0	2,2
Assistenza	2,7	2,3	2,9
Istruzione	0,6	1,1	0,4
Lavoro	3,2	3,9	3,0
Uffici pubblici	2,1	2,5	2,0
Giustizia	2,9	2,3	3,3
Forze dell'ordine	1,0	0,4	1,2
Public Utilities	0,5	0,4	0,5

Pur essendo presente il fenomeno, l'indagine rileva come ci sia una grande differenza in termini percentuali tra la rilevazione della c.d. corruzione percepita e la rilevazione di fenomeni corruttivi di cui i cittadini abbiano avuto diretta conoscenza.

L'attenzione sul contesto giudiziario e sul fronte delle indagini attivate dagli organi inquirenti porta quindi ad individuare diversi filoni che possono coinvolgere il settore sanitario, della salute e

dell'ambiente e che vengono qui sinteticamente riepilogati al fine di evidenziare quali possono essere i rischi connessi alle attività delle Aziende sanitarie e che devono essere considerati nella fase di individuazione dei processi e della loro graduazione di rischiosità:

A. accertamenti e verifiche:

1. sulle disposizioni anticorruzione per le autorizzazioni concesse dall'AIFA;
2. sulla spesa farmaceutica e sulla tracciabilità del farmaco per la prevenzione ed il contrasto alle truffe in danno del Servizio Sanitario Nazionale e regionali;
3. monitoraggio sugli eventi avversi connessi all'uso dei farmaci (farmacovigilanza).

B. preparazione e somministrazione di farmaci imperfetti, non muniti di risultati di studio preclinici e clinici a dimostrazione dell'efficacia sull'uomo, nonché in assenza delle necessarie autorizzazioni degli Enti regolatori nazionali;

C. traffico illecito di rifiuti speciali e pericolosi;

D. importazione, distribuzione e somministrazione ceppi virali e vaccini per uso veterinario a base di virus patogeni;

E. falsi ricoveri;

gestione delle liste d'attesa e prestazioni specialistiche, con elusione delle liste d'attesa stesse, nonché del previsto pagamento del *ticket* sanitario;

F. frodi in commercio, in ordine alla vendita di prodotti contraffatti;

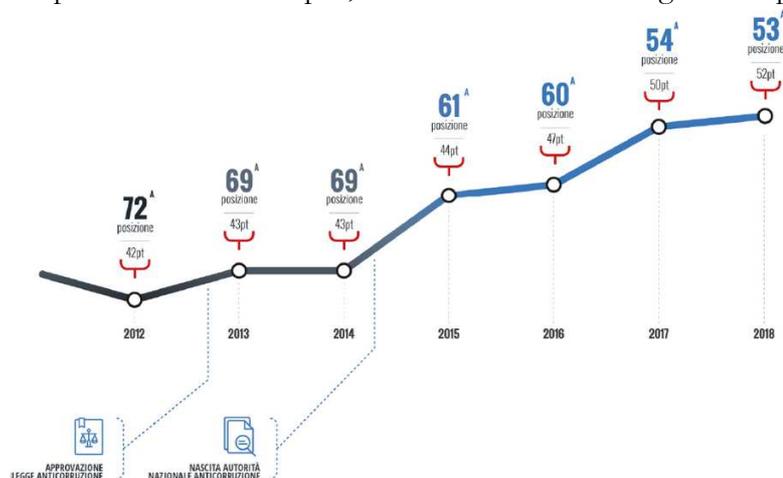
G. commercio illegale di sostanze dopanti o anabolizzanti;

H. prescrizione inappropriata di integratori artificiali ai neonati;

I. abbandono e sequestro persone incapaci in strutture assistenziali.

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 e tra questi vi è l'Italia con uno degli incrementi maggiori (+10 punti). Sono invece 16 i Paesi che hanno subito un forte peggioramento.

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 19 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 53° posto nel mondo su 180 Paesi, con un punteggio di 52 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.



L'indice di Percezione della Corruzione (CPI) 2018 di Transparency International

## Contesto regionale e locale

Con nota prot. 0279916 del 11/12/2018 il RPC dell'Azienda USL Umbria 2 ha richiesto il supporto delle Prefetture di Terni e Perugia ai sensi dell'art. 1 comma 6 della L. 190/2012 nell'analisi del contesto esterno.

La Prefettura di Terni (Prot. 0064967 del 14/12/2018) con nota protocollata in ingresso al n. 0284441 del 17/12/2018 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 perpretati, risultano essere posti da singoli individui o ristretti gruppi di persone senza un disegno criminoso strategico”.
- presenza di importante sito industriale “Acciaierie” che sembra “non aver comportato, fino ad oggi, infiltrazione di organizzazioni criminali strutturate con connotazioni associative...”
- presenza della Casa Circondariale in cui sono ristretti anche detenuti sottoposti al regime carcerario di cui all'art. 41bis Ordinamento Penitenziario; “la presenza di detenuti di tale spessore criminale non ha influito, al momento, né sulla stanzialità di particolari soggetti provenienti da quelle aree regionali a forte impatto criminale, né sulla infiltrazione, nel territorio ternano, di fenomeni criminali con connotazione di criminalità organizzata.”
- illegalità nella pubblica amministrazione: “... si evidenzia che il numero di denunce per reati contro la PA non è particolarmente rilevante”.

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

La Prefettura di Perugia con nota prot. 0280999 del 22/12/2016 ha comunicato, fra l'altro, che “le evidenze processuali e l'analisi dei risultati delle attività info-investigative svolte dagli organi competenti, non indicano un radicamento strutturato della criminalità organizzata sul territorio provinciale che si caratterizza, prevalentemente, dalla commissione di reati classificabili nel novero della cosiddetta criminalità diffusa”.

Inoltre “... l'incidenza dei reati contro la Pubblica Amministrazione non assume particolare rilievo...”.

Ma afferma anche che “a conferma che le caratteristiche socio-economiche possono costituire condizioni favorevoli ai tentativi di infiltrazioni, si sono registrate presenze ed interessi delle mafie che, attraverso il riciclaggio e/o il reimpiego di illeciti proventi, (...) insinuano la locale economia legale”.

In sintesi, il bacino su cui insiste l'A.O. “S.Maria” di Terni, appare inserirsi in un contesto che, tutto sommato, non desta particolari allarmi. Ma, evidenziano le Prefetture, occorre tenere alta la soglia di attenzione rafforzando le misure di prevenzione e controllo.

## Contesto interno

### I valori aziendali

L'Azienda Ospedaliera “S. Maria” di Terni, così come da Atto aziendale (Deliberazione del Direttore Generale n. 606 del 04/07/2018) è individuata quale azienda ospedaliero-universitaria di cui all'art. 2 lett. B) del D.Lgs. 517/1999, ai sensi dell'art.21 della legge regionale 11/2015.

L'A.O. garantisce la tutela della salute e fornisce prestazioni specialistiche ed ospedaliere qualificate e rispondenti alla richiesta proveniente dal territorio in un'ottica di appropriatezza, correttezza e completezza delle prestazioni nonché sulla base della programmazione sanitaria regionale secondo un processo di corretta competizione con le altre aziende e strutture presenti sul territorio.

## **L'organizzazione**

L'Azienda si articola in:

- Direzione Aziendale (Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo)
- Direzione Medica Presidio Ospedaliero
- DITRO (Dipartimento Infermieristico, Tecnico, Riabilitativo e Ostetrico)
- Dipartimenti strutturali
- Dipartimenti interaziendali
- Dipartimenti funzionali e gruppi di progetto, interdisciplinari con omogeneità di obiettivi
- Aree funzionali di degenza o di servizi dentro un dipartimento o tra più dipartimenti con obiettivi comuni di assistenza
- Strutture complesse, con attribuzione di risorse, nell'ambito del dipartimento strutturale di afferenza o interdipartimentale anche interaziendali
- Strutture semplici dipartimentali, anch'esse dotate di risorse
- Strutture semplici per attività di programma che non gestiscono direttamente risorse proprie, a valenza trasversale
- Strutture semplici quali articolazioni organizzative interne alle strutture complesse.

### **Sistema dell'offerta**

Le prestazioni erogate dall'A.O. "S.Maria" di Terni si riferiscono ad attività in regime di ricovero e di specialistica ambulatoriale.

L'offerta delle prestazioni, in un'ottica di Percorsi di cura integrati e di Clinical governance, viene garantita dai diversi Dipartimenti aziendali e dalle relative strutture afferenti.

In particolare i dipartimenti sono i seguenti:

- Dipartimento di Chirurgia Testa Collo e dei tessuti molli
- Dipartimento di Diagnostica per immagini e radiologia terapeutica e interventistica
- Dipartimento di Neuroscienze
- Dipartimento Materno infantile
- Dipartimento di Diagnostica di laboratorio ed Immunotrasfusionale
- Dipartimento di Emergenza-urgenza
- Dipartimento di Medicina e Specialità mediche
- Dipartimento di Oncologia
- Dipartimento di Chirurgia
- Dipartimento Cardio-toraco-vascolare

A supporto delle attività erogate dai professionisti dei singoli dipartimenti, sono definite le seguenti Arre/Servizi aziendali:

- Area delle funzioni centrali
- Centro salute Donna
- Staff della Direzione Sanitaria
- Staff della Direzione Generale
- SITRO

STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE composto da: SC Formazione, qualità, comunicazione e Servizio di Prevenzione e Protezione

STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA composto da: Medicina del lavoro, Rischio clinico, Direzione medica di presidio ospedaliero, Farmacia interna, Psicologia e Medicina legale.

AREA DELLE FUNZIONI CENTRALI composta dalle seguenti strutture: Acquisizione beni e servizi, Controllo di gestione, Affari generali e legali e relazioni istituzionali, Direzione risorse umane, Economato e servizi alberghieri, Economico finanziaria e Tecnico patrimoniale.

### Obiettivi aziendali

L'A.O. deve rappresentare per i cittadini residenti nel comprensorio ternano, e per alcune branche specialistiche anche per quello narnese-amerino, l'ospedale di riferimento per le prestazioni di bassa e media specialità. Mentre per le prestazioni di alta specialità, rappresenta un riferimento provinciale e si coordina ed integra con l'A.O. di Perugia e con la facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Perugia. L'A.O. sostiene la formazione, la ricerca, la traduzione nella pratica clinica di Linee guida e buone pratiche in un'ottica di garanzia della qualità e dell'affidabilità dei servizi erogati e partecipa a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza nei confronti della comunità di riferimento, contribuendo alla tutela e alla promozione della salute con azioni dirette e attraverso il sostegno alle attività didattiche e di formazione del personale sanitario.

### Il personale

La composizione del personale dipendente, a ottobre 2023 (fonte: Ufficio Controllo di gestione), è riportata nella seguente tabella:

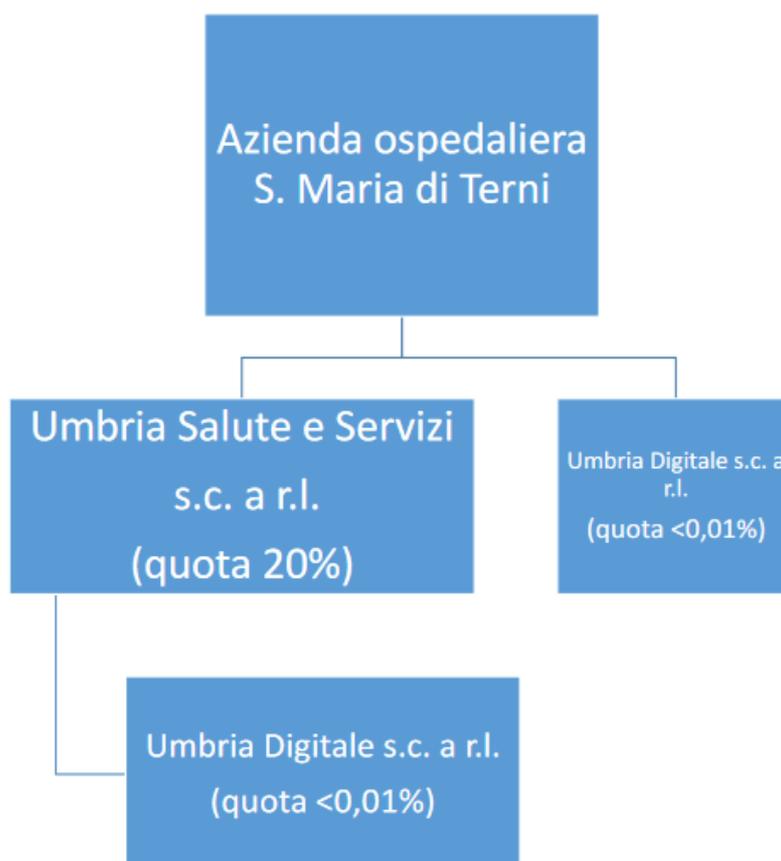
	<b>n.</b>
AREA DEGLI ASSISTENTI Assist. Amm.vo	10
AREA DEGLI ASSISTENTI Assist. Tecnico	7
AREA DEGLI ASSISTENTI Assist.Informatico	1
AREA DEGLI ASSISTENTI Pers. Tecnico(Es.)	6
AREA DEGLI OPERATORI Coad.Amm.vo Senior	4
AREA DEGLI OPERATORI Op. Socio Sanitario	163
AREA DEGLI OPERATORI Op. Tecn. Special.	10
AREA DEL PERS. SUPPORTO Aus. Spec. (Es.)	37
AREA DEL PERS. SUPPORTO Coad. Amm.vo	12
AREA DEL PERS. SUPPORTO Commesso (Es.)	2
AREA DEL PERS. SUPPORTO Oper. Tecn.	22
AREA PROF. SALUTE FUNZION. P.San.Riabili	22
AREA PROF. SALUTE FUNZION.Assist. relig.	2
AREA PROF. SALUTE FUNZION.Coll.Amm.Prof.	23
AREA PROF. SALUTE FUNZION.Coll.Tecn.Prof	8
AREA PROF. SALUTE FUNZION.Prof. San.Ost.	28
AREA PROF. SALUTE FUNZION.Prof.San.Infer	810
AREA PROF. SALUTE FUNZION.Prof.tecn.san	136
BIOLOGI	11
DIRETTORI AMMINISTRATIVI	5
DIRIGENTE AREA COMPARTO	1
FARMACISTI	6
FISICI	4
Incarico Direttore	3
INGEGNERI	2
MEDICI	379
PSICOLOGI	4
<b>Totale complessivo</b>	<b>1718</b>

## Società partecipate e controllate

Per tale fattispecie si fa riferimento alla determinazione ANAC n. 1134 dell'8.11.2017 *Nuove linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici*

L'Azienda Ospedaliera con Deliberazione del Direttore Generale n. 0000265 del 29/12/2022 avente ad oggetto "Rilevazione annuale delle partecipazioni dell'Azienda Ospedaliera "S. Maria di Terni" ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. 175/2016" ha illustrato le partecipazioni dirette e indirette.

Schema grafico



L'Azienda Ospedaliera con atto deliberativo n. 869, del 30.12.2019, Rilevazione annuale delle partecipazioni dell'Azienda Ospedaliera di Terni ai sensi dell'art. 20 del D.lgs. 175/2016 e dell'art. 17 del D.L. 90/2014 ha, tra l'altro, evidenziato che possiede due partecipazioni dirette in società di capitali e precisamente:

1. Umbria Salute Società consortile a r.l.: quota pari al 25 % del capitale;
2. Umbria Digitale Società consortile a r.l.: quota pari <0.01% del capitale;

Umbria Salute S.c. a.r.l. con sede in Perugia, Via E. Dal Pozzo Snc, C.F./P.I. e Reg. Impr. PG n. 02915750547 e REA di Perugia n. 250357, Cap. Soc. € 100.000,00 i.v., è una Società consortile *in house* partecipata in maniera paritaria (ogni Azienda possiede il 25% del capitale sociale) da tutte le Aziende Sanitarie della Regione Umbria alla quale sono stati attribuiti una pluralità di servizi di interesse generale preordinati alla tutela della salute e che, ai sensi dell'art. 9 della Legge Regionale dell'Umbria n. 9 del

29.4.2014, svolge anche le funzioni di Centrale Regionale di Acquisto per la Sanità (CRAS) ai sensi dell'art. 33 del D.lgs. n. 163/2006 e s.m.i..

La società eroga nei confronti dei propri soci/clienti di front-office presso gli sportelli CUP, anagrafe assistibili, assistenza protesica, ambulatori specializzati che, integrate in un sistema regionale, assicurano ai cittadini l'accesso organizzato ai servizi sanitari e di *back-office*, nonché servizi di Supporto tecnico-amministrativo ed informativi/informatici destinati alle AUSL ed alle Aziende Ospedaliere dell'Umbria.

Le attività svolte da Umbria Salute sono state riconosciute con L.R. n. 9/2014 quali "Servizi di Interesse Generale (SIG)" in quanto preordinati alla tutela della salute e rivolti al pubblico degli assistiti del sistema sanitario regionale. L'attività di Umbria Salute quale Centrale Regionale Acquisti Sanità (CRAS) e Soggetto aggregatore ai sensi e per gli effetti dell'art. 9, comma 1, del D.L.66/2014 rende la Società strumento prioritario di approvvigionamento di beni e servizi del Sistema sanitario Regionale.

Per quanto riguarda Umbria Digitale S.c. a r.l., con sede in Perugia, Via G.B. Pontani n. 39, C.F./P. e Reg. Impr. PG n. 03761180961 e REA di Perugia n.235052, Cap. Soc. € 4.000.000,00 i. v., si tratta di una Società consortile *in house* partecipata dalla Regione Umbria e per il 20 % dalle restanti Amministrazioni pubbliche dell'Umbria, il cui scopo sociale è l'erogazione di servizi di interesse generale per lo sviluppo e la gestione della rete pubblica regionale di cui all'articolo 6 della L.R. n. 31/2013 e dei servizi infrastrutturali della Community Network CNUmbria di cui all'articolo 10 della L.R. n. 8/2011, operando per la produzione di beni e la fornitura di servizi strumentali alle attività istituzionali degli enti pubblici partecipanti in ambito informatico, telematico e per la sicurezza dell'informazione curando, per conto e nell'interesse loro e dell'utenza le attività relative alla manutenzione delle reti locali e delle posizioni di lavoro dei consorziati, configurandosi come Centro Servizi Territoriali che integra i propri processi con quelli dei consorziati. I soggetti pubblici soci della società consortile accedono a tutti i servizi infrastrutturali della CN Umbria e del *Data center regionale* unitario.

Inoltre l'Azienda Ospedaliera possiede una partecipazione indiretta in Umbria Digitale S.c.a.r.l. in quanto Umbria Salute S.c.a.r.l. (di cui l'Azienda Ospedaliera di Terni come sopra indicato possiede il 25 % del capitale) ha una partecipazione al capitale di Umbria Digitale S.c.a.r.l. pari allo 0,002352 %.

Si precisa che in data 14.12.2021, in attuazione della L.R. n. 13/2021 "Disposizioni per la fusione per incorporazione di società regionali. Nuova denominazione della società incorporante: "PuntoZero S.c.ar.l.", è stato stipulato l'Atto di Fusione per Incorporazione di Umbria Digitale Scarl in Umbria Salute e Servizi S.c.ar.l.

L'efficacia della suddetta fusione è decorsa dal 1° Gennaio 2022 e pertanto da tale data Umbria Salute e Servizi S.c.ar.l.– che contestualmente ha assunto la denominazione di "Punto Zero S.c.ar.l." – è subentrata senza soluzione continuità ed a pieno titolo, ai sensi degli artt. 2504 e seguenti c.c., in tutto il patrimonio attivo e passivo, nonché in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi i rapporti di lavoro, azioni, diritti, licenze, autorizzazioni così come in tutti gli obblighi ed impegni di qualsiasi natura della Società incorporata.

**SCHEDA PARTECIPAZIONE NON PIU' DETENUTA**

**Fusione della società (per unione o per incorporazione)**

**DATI ANAGRAFICI DELLA PARTECIPATA**

Codice Fiscale	UMBRIA DIGITALE SCARL
Denominazione	03761180961

NOME DEL CAMPO	Indicazioni per la compilazione
Partecipazione non più detenuta in attuazione di precedenti piani di razionalizzazione	sì
Data della delibera di fusione	Delibera di fusione Assemblea Straordinaria dei Soci di Umbria Digitale del 28.10.2021 (Repertorio 5.565 Raccolta n. 3.688) - atto di Fusione per incorporazione di Umbria Digitale Scarl in Umbria Salute e Servizi Scarl a rogito del Notaio Francesco Ansdei di Catrano del 14.12.2021 (Repertorio n. 5757 Raccolta n. 3794)
Data di effetto della fusione	01/01/2022
Codice fiscale della nuova società/società incorporante	02915750547
Denominazione della nuova società/società incorporante	PuntoZero s.c. a r.l.
Quota di partecipazione acquisita nella nuova società/società incorporante	1,364755%
Ottenimento di un introito finanziario	no
Ammontare dell'introito finanziario previsto dall'operazione (€)	
Ammontare dell'introito finanziario incassato (€)	
Data dell'avvenuto incasso	
Data prevista per l'incasso del saldo	
Ulteriori informazioni*	

\*Campo testuale con compilazione facoltativa.

L'A.O., facendo seguito alle richieste pervenute dalle Società, ha designato il soggetto che dovrà far parte dell'Unità di controllo della Società al fine di consentire la formazione dell'Unità di controllo.

Il RPC, ha verificato che Umbria Salute S.C.A.R.L. ha pubblicato<sup>2</sup>:

- Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (ultimo disponibile on line inserito il 28/01/2022, aggiornato al 04/02/2022, PTCPT 2022-2024)
- I dati del Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza
- La Relazione del responsabile della prevenzione e della trasparenza

Il RPC, ha verificato che Punto Zero ha pubblicato<sup>3</sup>:

- Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (ultimo disponibile on line in data 22/01/2024, PTCPT 2023-2025 approvato con determinazione dell'amministratore Unico del 31/01/2023);
- I dati del Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza (Determina 27/12/2023);
- La Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (aggiunto in data 28 dicembre 2023);

<sup>2</sup> <http://www.umbriasalute.com/pagine/piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-della-trasparenza-001>

<sup>3</sup> <https://puntozeroscarl.it/trasparenza/societa-trasparente/altri-contenuti-prevenzione-della-corruzione/>

## Coinvolgimento degli organi di indirizzo

### Obiettivi strategici

I principali obiettivi strategici aziendali si riferiscono sostanzialmente ai seguenti target:

- Miglioramento dell'efficienza nell'utilizzo dei beni sanitari
- Incremento della complessità della casistica
- Miglioramento appropriatezza della degenza
- Miglioramento esiti ricoveri ospedalieri
- Incidere sul senso di appartenenza e sulla motivazione dei dipendenti creando un buon sistema di comunicazione tra tutti i soggetti dell'Azienda
- Rafforzare, in un'ottica di *accountability*, il rapporto fiduciario con i cittadini, semplificando il rapporto con gli stessi anche attraverso il miglioramento dei processi di ascolto

### Coordinamento con il ciclo della performance

Ciascun obiettivo strategico è stato successivamente assegnato al/ai Reparto/Servizio con indicazione del relativo indicatore.

Anche per quanto riguarda la trasparenza, essa deve essere assicurata, non soltanto sotto un profilo "statico", consistente essenzialmente nella pubblicità di categorie di dati, così come prevista dalla legge, per finalità di controllo sociale, ma sotto il profilo "dinamico" direttamente correlato alla *performance*.

A tal fine la pubblicità dei dati inerenti all'organizzazione e all'erogazione dei servizi al pubblico si inserisce strumentalmente nell'ottica di un controllo diffuso che consenta un "miglioramento" dei servizi pubblici erogati dall'azienda. In tale ottica il programma mette a disposizione di tutti i cittadini dati chiave sull'andamento dell'amministrazione con l'obiettivo di consentire a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza dell'azione dell'Azienda, con il fine di sollecitare e agevolare modalità di partecipazione e coinvolgimento della collettività.

I contenuti del Programma Triennale costituiscono, compatibilmente con le risorse a disposizione, gli impegni definiti dalla Direzione aziendale, da perseguire con la temporalità definita negli strumenti di programmazione annuale e con la finalità di consentire ai cittadini una maggiore conoscenza della gestione dell'Azienda, di valutare i risultati raggiunti anche in rapporto alle risorse impiegate.

La valutazione annuale dei risultati conseguiti in materia di trasparenza e di pubblicazione delle informazioni, costituirà un importante riferimento per la valutazione della *performance* degli assetti aziendali e dei responsabili, è dunque, collegata alla corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio del personale.

### Soggetti aziendali coinvolti

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'Azienda Ospedaliera "S. Maria" di Terni sono:

- a. la Direzione Aziendale;
- b. il Responsabile della Prevenzione della Corruzione;
- c. il Responsabile della Trasparenza
- d. i Referenti per la prevenzione della corruzione;
- e. tutti i Dirigenti e titolari di P.O. per l'area di rispettiva competenza;
- f. il Nucleo di Valutazione Interno (nelle funzioni di O.I.V.) e gli altri organismi di controllo interno;
- g. gli Uffici per i Procedimenti Disciplinari – U.P.D.;
- h. l'Ufficio Relazioni con il Pubblico;
- i. tutti i dipendenti dell'amministrazione;
- l. i collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione;
- m. il Responsabile del Centro di Aggiornamento e Formazione del Personale;
- n. il RASA

È onere e cura del Responsabile della prevenzione della corruzione definire le modalità e i tempi del raccordo con gli altri organi competenti nell'ambito del PTPC.

### **La Direzione aziendale**

La Direzione Aziendale è la prima artefice della Prevenzione della corruzione, assicura il suo fondamentale sostegno all'azione del RPC, anche con interventi diretti e concreti sul RPC stesso e sul restante personale "responsabile" o "referente". In particolare:

- a) designa e supporta il RPC;
- b) adotta il PTPC e i suoi aggiornamenti;
- c) adotta tutti gli atti/documenti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione (ad es.: criteri generali per il conferimento e l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti *ex art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001*, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, codice di comportamento, etc.);
- d) garantisce il coordinamento di tutti gli atti adottati dall'Azienda, in primis quelli organizzativi, rispetto al presente piano;
- e) può attivarsi autonomamente o su iniziativa del RPC con azioni dirette alla tutela del presente Piano.

### **Il responsabile della prevenzione della corruzione**

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione è designato dal Direttore generale il quale ha provveduto, come sopra citato, a nominare il Responsabile Aziendale con atto deliberativo n. 99 del 01/02/2019. Il suo nominativo è stato comunicato all'ANAC.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione predispose il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, nonché i relativi aggiornamenti annuali, che sottopone alla Direzione Aziendale per la relativa approvazione.

Al Responsabile competono inoltre le seguenti funzioni:

- definizione di appropriate procedure per selezionare e formare, su proposta dei Referenti e dirigenti, i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- verifica dell'attuazione del piano, nonché avanzare proposte di modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nella attività dell'Amministrazione;
- la individuazione, su proposta dei Dirigenti e titolari di PO, del personale che, di volta in volta, deve essere inserito nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità;
- redazione annuale di una relazione che offre il rendiconto sull'efficacia delle misure di prevenzione definite dal PTPC. Le relazioni per gli anni 2014, 2015, 2016 e 2017 sono state predisposte su specifiche schede elaborate dall'ANAC. Le schede sono state pubblicate sul sito aziendale ed allegate ai Piani.

Ad ogni richiesta di dati, chiarimenti, etc., da parte del RPC, deve essere garantita, da tutto il personale, adeguata e tempestiva risposta. Al RPC devono essere tempestivamente fornite informazioni utili alla sua attività tra cui, a titolo di esempio, sentenze, provvedimenti, richieste dell'autorità giudiziaria (o di altra autorità, da cui si evinca lo svolgimento di indagini o di procedimenti nei confronti del personale dipendente o comunque operante presso l'Azienda) per fatti di natura corruttiva o altri illeciti.

Nel caso in cui, nello svolgimento delle proprie funzioni, il R.P.C. venga a conoscenza di fatti circostanziati che possono 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 agli Uffici per i Procedimenti Disciplinari affinché possa essere avviata con tempestività l'azione disciplinare,
- una responsabilità contabile presenta tempestiva denuncia alla competente Procura della Corte dei conti per le eventuali iniziative in ordine all'accertamento del danno erariale,
- un'ipotesi di notizia di reato presenta tempestiva denuncia alla Procura della Repubblica o ad un Ufficiale di Polizia giudiziaria dandone nel contempo informazione all'ANAC. Il RPC, al di là dei compiti

e responsabilità postagli in capo dalla normativa nazionale, è il regista della gestione del rischio di corruzione, per attuare le misure preventive nuove, in coordinamento con quelle esistenti, anche secondo specifici monitoraggi.

Con riferimento a quanto evidenziato al punto 4.2 della Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 si precisa che il RPC, così come il Responsabile della Trasparenza, non ha a disposizione alcuna 'struttura di supporto'. Per la verifica delle misure previste dal Piano l'RPC può avvalersi, nell'ambito dell'esercizio delle funzioni, della collaborazione dei referenti degli uffici aziendali e dell'apporto di tutti i Dirigenti/Titolari di PO delle strutture aziendali che concorrono, nell'ambito di un'azione sinergica, a determinare misure preventive attraverso una verifica periodica della valutazione connessa ai rischi dei propri uffici/servizi.

A tal fine si richiama quanto disposto in merito dall'art. 8 del Codice Etico e di Comportamento Aziendale.

Il RPC può effettuare verifiche/controlli, anche ulteriori a quelli previsti dal PTPC, autonomamente o in collaborazione con i Referenti per la prevenzione della corruzione o i Dirigenti/Responsabili individuati di seguito.

Successivamente alla prima rendicontazione sul monitoraggio delle misure di prevenzione (31 maggio) il RPC, se individuate specifiche problematiche, può proporre alla Direzione Aziendale l'adozione di nuove misure o la modifica di quelle in essere.

### **Referenti per la prevenzione della corruzione**

In considerazione del carattere complesso della sua organizzazione sanitaria ed amministrativa sono individuati come Referenti per la prevenzione della corruzione i Dirigenti/Responsabili delle strutture semplici e complesse aziendali, nonché degli uffici/servizi non ricompresi nelle stesse. Come precisato dalla delibera ANAC n. 1208 del 22.11.17 in materia di 'compiti e responsabilità' dei soggetti che 'coadiuvano' l'RPC nella predisposizione ed attuazione delle misure di prevenzione, si richiama la strategicità dei Responsabili delle strutture afferenti l'Area delle Funzioni Centrali, DMPO e SITRO.

I Referenti svolgono in maniera prioritaria i seguenti compiti:

- a) attività informativa nei confronti del RPC, affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'amministrazione, di costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti e personale assegnato;
- b) concorrono con il RPC all'individuazione delle aree a più elevato rischio di corruzione ed alla individuazione dei dipendenti da formare;
- c) partecipano al processo di gestione del rischio;
- d) osservano le misure contenute nel PTPC, garantiscono e verificano gli adempimenti, di propria competenza, previsti dal Piano e sono responsabili della effettuazione e verifica degli adempimenti, di propria competenza, previsti dal Piano;
- e) collaborano con il RPC alla programmazione ed attuazione dei piani di controllo a campione.

### **Dirigenti e titolari di po**

Tutti i Dirigenti e titolari di PO (area sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa) per quanto di rispettiva competenza:

- a) svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, dei Referenti e dell'autorità giudiziaria nonché degli Uffici dei Procedimenti Disciplinari;
- b) partecipano al processo di gestione del rischio;
- c) propongono le misure di prevenzione;
- d) assicurano l'osservanza, da parte del personale assegnato, del Codice Etico e di Comportamento Aziendale e verificano le ipotesi di violazione;
- e) adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari (ove competenti), la sospensione e rotazione del personale là dove possibile;
- f) osservano le misure contenute nel PTPC, garantiscono e verificano gli adempimenti, di propria competenza, previsti dal Piano;
- g) propongono al RPC ed al Centro di formazione i nominativi del personale da formare.

## **Organismo Indipendente di Valutazione**

Con riferimento al D.P.R. 9 maggio 2016 n.105, la valutazione indipendente della performance è assicurata in ogni amministrazione pubblica dall'organismo indipendente di valutazione di cui all'articolo 14 del decreto legislativo n. 150 del 2009.

L'organismo indipendente di valutazione svolge le funzioni e le attività di cui all'articolo 14 del decreto legislativo n. 150 del 2009 con l'obiettivo di supportare l'amministrazione sul piano metodologico e verificare la correttezza dei processi di misurazione, monitoraggio, valutazione e rendicontazione della performance organizzativa e individuale. Verifica, inoltre, che l'amministrazione realizzi nell'ambito del ciclo della performance un'integrazione sostanziale tra programmazione economico-finanziaria e pianificazione strategico-gestionale. Ai fini della valutazione della performance organizzativa, promuove l'utilizzo da parte dell'amministrazione dei risultati derivanti dalle attività di valutazione esterna delle amministrazioni e dei relativi impatti.

L'Organismo indipendente di valutazione è costituito da un organo monocratico ovvero collegiale composto da 3 componenti. I componenti dell'organismo indipendente di valutazione sono nominati da ciascuna amministrazione, singolarmente o in forma associata, tra i soggetti iscritti all'Elenco nazionale dei componenti degli organismi indipendenti di valutazione, tenuto dal Dipartimento.

## **Uffici per i procedimenti disciplinari**

Nell'Organizzazione dell'Azienda Ospedaliera S. Maria sono previsti tre Uffici per i Procedimenti Disciplinari: uno per la Dirigenza Medica, uno per quella PTA, ed uno per il Personale del Comparto, con i seguenti compiti:

- a) svolgono i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
- b) provvedono alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria e di quella contabile;
- c) propongono l'aggiornamento del Codice Etico e di Comportamento Aziendale;
- d) relazionano annualmente (di norma entro il 5 dicembre) al RPC sull'attività svolta (numero di violazioni segnalate e contestate, numero dei procedimenti attivati, conclusi o archiviati).

## **Ufficio relazioni con il pubblico**

Il lavoro dell'Ufficio viene annualmente rappresentato con apposita relazione che ha l'intento di fornire non solo un quadro articolato dell'attività ma anche una evidenziazione delle criticità rispetto ai problemi emersi ed eventuali azioni migliorative seguite ai reclami. L'Ufficio affronta e rappresenta l'attività di gestione dei reclami, delle segnalazioni e degli encomi, privilegiando il grado di soddisfazione del cittadino in un'ottica di imparzialità ed eguaglianza. Tutto ciò rappresenta un'efficace strumento anche per combattere l'inefficienza ed il malfunzionamento dell'Azienda ed in definitiva ogni eventuale possibile fenomeno corruttivo. La gestione delle problematiche che si vengono ad evidenziare a seguito di reclami o segnalazioni vedono evidentemente coinvolti più livelli organizzativi, anche di carattere trasversale. Tra gli aspetti maggiormente sensibili e scandagliati dall'URP si ricordano quelli burocratico amministrativi, organizzativi e dei tempi d'attesa. Ai reclami/segnalazioni presentati, consegue nella maggior parte dei casi una approfondita attività istruttoria da parte dell'URP stesso che oltre ad essere di utilità per la risoluzione dei singoli casi prospettati serve anche alla Direzione Aziendale per verificare i punti di caduta dell'organizzazione e degli operatori nell'attività di pertinenza. In considerazione pertanto di quanto sopra e fermo restando la presentazione della relazione annuale alla Direzione Aziendale, il Responsabile URP:

- a) partecipa al processo di gestione del rischio;
- b) considera ed evidenzia i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento della propria attività ;
- c) propone annualmente, entro il mese di novembre di ciascun anno, modifiche e miglioramenti del P.T.P.C., sulla scorta delle risultanze emerse a seguito dei reclami e/o segnalazioni pervenute. Resta evidente che l'eventuale emersione di formali problematiche in materia verranno immediatamente segnalate dall'URP all'RPC ed al Dirigente/Responsabile del Servizio interessato per la loro immediata risoluzione.

Nel 2023, nell'ambito della riorganizzazione del SITRO è stata individuata la figura del responsabile di Funzione Organizzativa, vacante in precedenza, conferendo all'URP una maggiore stabilità e garanzia organizzativa.

### **Responsabile della protezione dei dati (rdp)**

Il 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)" (di seguito RGPD), in vigore dal 24 maggio 2016, e applicabile a partire dal 25 maggio 2018.

Il predetto Regolamento istituisce e disciplina, tra l'altro, la figura del RDP (Responsabile della protezione dei dati (artt. 37-38-39 GDPR).

La nomina del RDP è obbligatoria quando il trattamento dei dati è effettuato da un'Autorità o organismo pubblico o quando le principali attività del Titolare consistono nel trattamento di particolari categorie di dati personali (sanitari, giudiziari, genetici...ecc); le predette disposizioni prevedono che il RDP può essere "un dipendente del Titolare o del Responsabile del trattamento oppure assolvere i suoi compiti in base ad un contratto di servizi" (art. 37 paragrafo 6) e deve essere individuato "in funzione delle qualità professionali, in particolare della conoscenza specialistica della normativa e della prassi in materia di protezione dei dati, e della capacità di assolvere i compiti di cui all'articolo 39" (art. 37 paragrafo 5) e "il livello necessario di conoscenza specialistica dovrebbe essere determinato in base ai trattamenti di dati effettuati e alla protezione richiesta per i dati personali trattati dal Titolare del trattamento o dal responsabile del trattamento.

L'Azienda Ospedaliera "S. Maria" di Terni con Deliberazione del Direttore Generale n.422 del 22.5.2018 ha designato la dott.ssa Giuseppina Ferraro, titolare di P.O. in servizio presso Ufficio affari legali, in possesso dei requisiti previsti, Responsabile della Protezione dei dati con decorrenza dalla data di adozione del citato atto.

L'art. 39 del citato Regolamento Europeo stabilisce i compiti del Responsabile della Protezione dei dati come di seguito riportati:

- informare e fornire consulenza al titolare del trattamento o al responsabile del trattamento nonché ai dipendenti che eseguono il trattamento in merito agli obblighi derivanti dal presente regolamento nonché da altre disposizioni dell'Unione o degli Stati membri relative alla protezione dei dati;
- sorvegliare l'osservanza del presente regolamento, di altre disposizioni dell'Unione o degli Stati membri relative alla protezione dei dati nonché delle politiche del titolare del trattamento o del responsabile del trattamento in materia di protezione dei dati personali, compresi l'attribuzione delle responsabilità, la sensibilizzazione e la formazione del personale che partecipa ai trattamenti e alle connesse attività di controllo;
- fornire, se richiesto, un parere in merito alla valutazione d'impatto sulla protezione dei dati e sorvegliarne lo svolgimento ai sensi dell'articolo 35;
- cooperare con l'autorità di controllo;
- fungere da punto di contatto per l'autorità di controllo per questioni connesse al trattamento, tra cui la consultazione preventiva di cui all'articolo 36, ed effettuare, se del caso, consultazioni relativamente a qualunque altra questione.

Nell'eseguire i propri compiti il responsabile della protezione dei dati considera debitamente i rischi inerenti al trattamento, tenuto conto della natura, dell'ambito di applicazione, del contesto e delle finalità del medesimo.

### **Tutti i dipendenti/collaboratori dell'amministrazione**

La prevenzione della corruzione deve essere un'azione sinergica di tutti coloro che prestano la loro opera a qualsiasi titolo nell'organizzazione dell'Azienda, indipendentemente dal ruolo ricoperto. La grande maggioranza degli operatori lavora a contatto con il pubblico e pertanto ognuno contribuisce sostanzialmente alla costruzione dell'immagine dell'Azienda, sia in positivo, ed occorrono anni per edificarla, che in negativo, basta poco per danneggiarla gravemente. E' chiaro che la diffusione fra tutti

gli operatori di questa consapevolezza e di valori etici condivisi e principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati rivestono un'estrema importanza.

Ogni dipendente deve:

- a) partecipare al processo di gestione del rischio;
- b) osservare le misure contenute nel PTPC e nel Codice Aziendale;
- c) segnalare le situazioni di condotta illecita di cui sono venuti a conoscenza, in ragione del rapporto di lavoro, al proprio dirigente o all'UPD o al RPC;
- d) segnalare casi di personale conflitto di interessi (art. 6 *bis* l. n. 241 del 1990; artt. 6 e 7 Codice di comportamento nazionale);
- e) segnalare al proprio dirigente/superiore gerarchico o al RPC l'apertura di eventuali procedimenti penali e procedimenti contabili per reati contro la pubblica amministrazione, che si sono conclusi con la richiesta del rinvio a giudizio, entro quindici giorni dalla ricezione formale del provvedimento;
- f) tenere un comportamento eticamente e giuridicamente adeguato.

Ogni collaboratore deve:

- a) osservare le misure contenute nel PTPC;
- b) segnalare le situazioni di illecito.

### **Responsabile del centro di aggiornamento e formazione del personale**

Data la particolare attenzione che il PNA pone sulla formazione del personale, in particolar modo per quello che opera nelle aree a maggior rischio, si ritiene opportuno sottolineare l'importanza della collaborazione di questa figura con il RPC, per individuare in tema di anticorruzione:

- il collegamento tra la formazione specifica sull'anticorruzione e settoriale e il programma annuale della formazione;
- i criteri per scegliere i soggetti che erogano la formazione;
- i contenuti della formazione;
- i canali e gli strumenti di erogazione della formazione.

Rimane parzialmente in capo al Centro di Formazione l'organizzazione e la gestione dei corsi, sottolineando la recente "centralizzazione" della programmazione ed organizzazione dei corsi di formazione presso la Scuola Umbra di Pubblica Amministrazione

### **Censimento delle aree di rischio e 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.

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, con l'analisi del rischio corruttivo, viene effettuata per le aree di rischio generali ed anche per le aree specifiche utilizzando un approccio di tipo qualitativo (non più quantitativo).

Attraverso la ricostruzione accurata della mappatura dei processi, l'A.O. "S.Maria" di Terni 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.

Nella sezione “Mappatura dei processi”, sono illustrati i primi e principali processi sottoposti a mappatura all’interno dell’A.O. “S.Maria” di Terni; durante l’anno 2024, si procederà alla mappatura di ulteriori processi coinvolgendo anche l’area sanitaria che saranno integrati nel Piano.

### **Valutazione - trattamento del rischio**

La valutazione del rischio è la macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi, al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure organizzative correttive/preventive (trattamento del rischio).

Si articola in tre fasi:

- l’**identificazione** del rischio, con l’obiettivo di individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell’amministrazione, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo; tale fase deve portare con gradualità alla creazione di un “Registro degli eventi rischiosi” nel quale sono riportati tutti gli eventi rischiosi relativi ai processi dell’amministrazione;
- l’**analisi** del rischio, con il duplice obiettivo, da un lato, di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente, attraverso l’analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione, e, dall’altro lato, di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio. Ai fini dell’analisi del livello di esposizione al rischio è quindi necessario:
  - a) scegliere l’**approccio valutativo**, accompagnato da adeguate documentazioni e motivazioni rispetto ad un’impostazione quantitativa che prevede l’attribuzione di punteggi;
  - b) individuare i criteri di valutazione;
  - c) rilevare i dati e le informazioni;
  - d) formulare un giudizio sintetico, adeguatamente motivato;
- la **ponderazione** del rischio, con lo scopo di stabilire le azioni da intraprendere per ridurre l’esposizione al rischio e le priorità di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi dell’organizzazione e il contesto in cui la stessa opera, attraverso il loro confronto.

I criteri per la valutazione dell’esposizione al rischio di eventi corruttivi possono 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. Partendo dalla misurazione dei singoli indicatori, si dovrà pervenire ad una valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio che ha lo scopo di fornire una misurazione sintetica del livello di rischio associabile all’oggetto di analisi (processo/attività o evento rischioso).

Gli elementi essenziali che devono quindi essere contenuti nella valutazione del rischio sono i seguenti:

- identificazione del rischio;
- analisi del rischio;
- ponderazione del rischio.

Il trattamento del rischio consiste nell’individuazione, la progettazione e la programmazione delle misure generali e specifiche finalizzate a ridurre il rischio corruttivo identificato mediante le attività propedeutiche sopra descritte.

Le misure generali intervengono in maniera trasversale sull’intera amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione e per la loro stabilità nel tempo. Le misure specifiche, che si affiancano ed aggiungono sia alle misure generali, sia alla trasparenza, agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi e si caratterizzano per l’incidenza su problemi peculiari.

Il trattamento del rischio – sia per la predisposizione del PTPCT che per la specifica sezione del PIAO relativa all’anticorruzione– dovrà quindi avvenire mediante:

a) l’individuazione delle misure generali e specifiche, verificando:

1) la presenza e l’adeguatezza di misure generali e/o di controlli specifici pre-esistenti per valutarne il livello di attuazione e l’adeguatezza rispetto al rischio e ai suoi fattori abilitanti e la capacità di neutralizzazione dei fattori abilitanti il rischio;

- 2) l'adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione;
  - 3) la gradualità delle misure rispetto al livello di esposizione del rischio residuo;
- b) la programmazione delle misure, sia generali che specifiche, in cui devono essere individuate le fasi (e/o modalità) di attuazione della misura, le tempistiche di attuazione della misura e/o delle sue fasi, le responsabilità connesse all'attuazione della misura (e/o ciascuna delle fasi/azioni in cui la misura si articola), gli indicatori di monitoraggio.

In sintesi, gli elementi essenziali che devono quindi essere contenuti nella parte relativa al trattamento del rischio sono i seguenti:

- 1) Le **misure generali**;
- 2) Le **misure specifiche**.

Le misure generali intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione; le misure specifiche agiscono in maniera puntuale su alcuni rischi individuati in fase di valutazione del rischio e si caratterizzano, dunque, per l'incidenza su rischi specifici non neutralizzabili con il ricorso a misure generali. Pur traendo origine da presupposti diversi, sono entrambe importanti ai fini della definizione complessiva della strategia di prevenzione della corruzione.

Tra le **misure generali**:

- Codice di comportamento
- Misure di disciplina del conflitto di interessi
- Inconferibilità/incompatibilità di incarichi
- Divieti post-employment (pantouflage)
- Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. *whistleblower*)
- La formazione
- La prevenzione della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici
- La rotazione ordinaria
- La rotazione straordinaria
- Gli incarichi extraistituzionali

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.

Lo sforzo che l'A.O. ha messo in campo è stato quello di individuare degli indicatori, per ogni processo mappato, attraverso i quali poter effettuare 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.

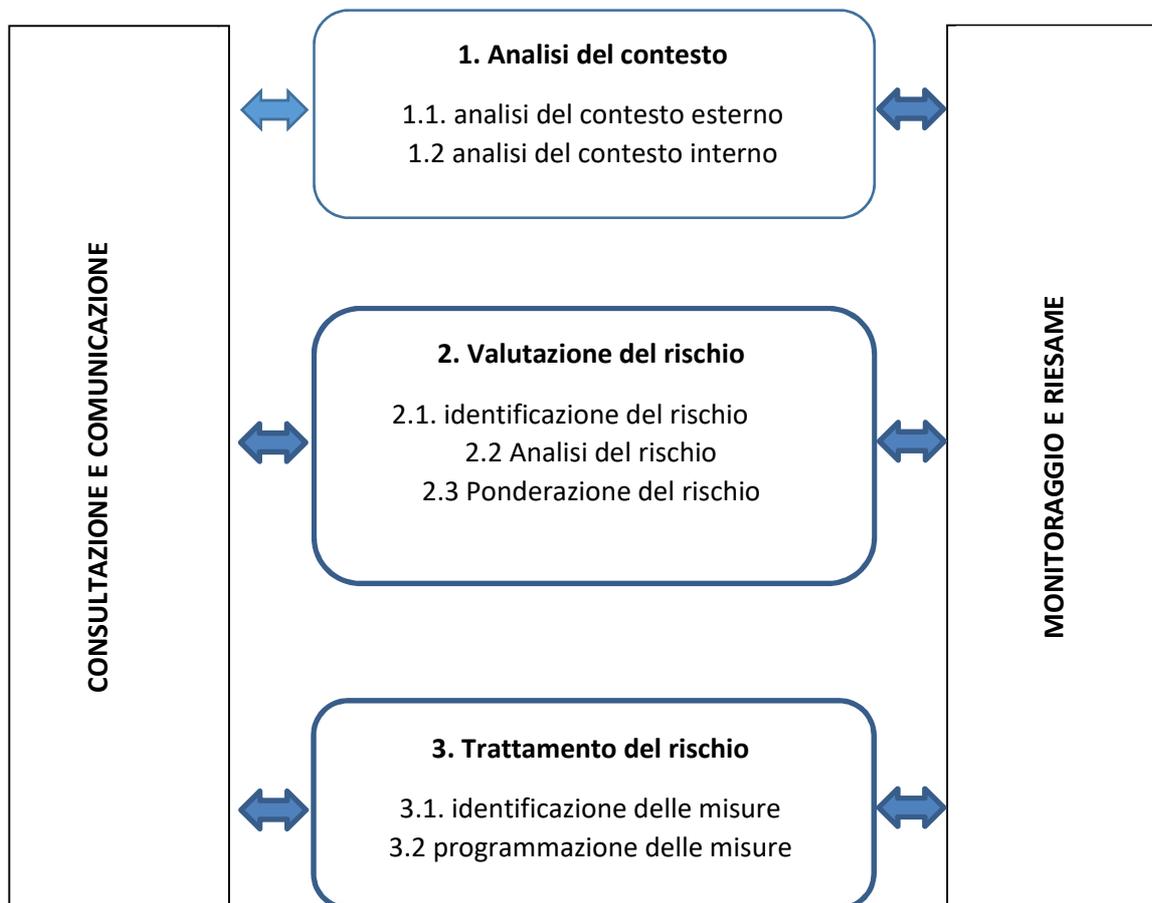
La gestione del rischio si completa con la successiva azione di monitoraggio, che comporta la valutazione del livello del rischio tenendo conto delle azioni di risposta ossia della adeguatezza delle misure di prevenzione introdotte.

Questa fase è finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati e alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione.

Con l'attuale aggiornamento del P.T.P.C.T. si è provveduto a perfezionare la mappatura dei processi con l'introduzione di una nuova colonna nella quale sono dettagliati e scanditi i tempi in cui i diversi responsabili devono rendicontare le attività di contrasto ai fenomeni corruttivi introdotti nei singoli processi. Con l'indicazione della tempistica si definisce una chiara marca temporale alle attività di

monitoraggio e valutazione. Ciò comporta che nel corso del tempo si potranno anche effettuare raffronti per capire come si sono evolute determinate situazioni, rendendo più efficace, con un maggior numero di dati raccolti periodicamente, il contrasto ai fenomeni corruttivi.

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.



## Misure generali

### Obbligo di astensione e conflitto di interessi

I dipendenti dell'Azienda Ospedaliera sono tenuti, ai sensi dell'art. 1, comma 41, della Legge n. 190/2012 che ha introdotto l'art. 6 bis nella L. n. 241/90, a prestare massima attenzione alle situazioni di conflitto di interesse.

La norma prevede due prescrizioni:

- a) è stabilito un obbligo di astensione per il responsabile del procedimento, il titolare dell'ufficio competente ad adottare il provvedimento finale ed i titolari degli uffici competenti ad adottare atti endoprocedimentali nel caso di conflitto di interesse anche solo potenziale;
- b) è previsto un dovere di segnalazione a carico dei medesimi soggetti.

Il dipendente pertanto si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere *"...interessi propri, ovvero di affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui egli sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza"*. (Cfr. art. 6 del Codice Etico e di Comportamento aziendale)

La segnalazione del conflitto deve essere indirizzata al Dirigente interessato o al Direttore Amministrativo o al Direttore Sanitario (a secondo della qualifica del segnalante), che deve valutare espressamente la situazione sottoposta alla sua attenzione e deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente.

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

I Responsabili delle Strutture/Servizi Aziendali dovranno trasmettere (semestralmente il 31.5 e 30.11) al RPC un report di monitoraggio sulle dichiarazioni raccolte comunicando la soluzione adottata e le relative motivazioni. Nelle procedure di gara tutto il personale coinvolto nella gestione dei singoli procedimenti effettua una dichiarazione di 'assenza di interessi personali/insussistenza di cause di incompatibilità con l'impresa aggiudicataria della gara'. Tutte le dichiarazioni sono pubblicate nel sito Aziendale all'interno della sezione: Avvisi, bandi e inviti. Tale misura è stata attivata già nel corso dell'anno 2016.

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

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

## Inconferibilità e incompatibilità ex d.lgs. 39/2013

Ai sensi del D.lgs. n. 39/2013, per “*incompatibilità*” si intende “*l’obbligo per il soggetto cui viene conferito l’incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 giorni, tra la permanenza nell’incarico e l’assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l’incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l’assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico*”.

Le situazioni di incompatibilità sono previste nei Capi V e VI del D.lgs. n. 39/2013.

A differenza che nel caso di inconferibilità, la causa di incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell’interessato ad uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra di loro.

Se si riscontra nel corso del rapporto una situazione di incompatibilità viene effettuata una contestazione all’interessato e la causa deve essere rimossa entro 15 giorni; in caso contrario, la legge prevede la decadenza dall’incarico e la risoluzione del contratto di lavoro autonomo o subordinato (art. 19).

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

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

All’atto della nomina, colui al quale l’incarico è conferito, è tenuto a rilasciare una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità o incompatibilità comprendenti gli elementi contenuti nell’art. 8 e 14 del D.Lgs. 39/2013<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Art. 8 D.Lgs. 39/2013:

1. Gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali non possono essere conferiti a coloro che nei cinque anni precedenti siano stati candidati in elezioni europee, nazionali, regionali e locali, in collegi elettorali che comprendano il territorio della ASL.

2. Gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali non possono essere conferiti a coloro che nei due anni precedenti abbiano esercitato la funzione di Presidente del Consiglio dei ministri o di Ministro, Viceministro o sottosegretario nel Ministero della salute o in altra amministrazione dello Stato o di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario nazionale.

3. Gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali non possono essere conferiti a coloro che nell’anno precedente abbiano esercitato la funzione di parlamentare.

4. Gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali non possono essere conferiti a coloro che nei tre anni precedenti abbiano fatto parte della giunta o del consiglio della regione interessata ovvero abbiano ricoperto la carica di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario regionale.

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

Art. 14 D.Lgs. 39/2013: 1. Gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali sono incompatibili con la carica di Presidente del Consiglio dei ministri, Ministro, Vice Ministro, sottosegretario di Stato e commissario straordinario del Governo di cui all’articolo 11 della legge 23 agosto 1988, n. 400, di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario nazionale o di parlamentare. 2. Gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali di una regione sono incompatibili: a) con la carica di componente della giunta o del consiglio della regione interessata ovvero con la carica di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario regionale; b) con la carica di componente della giunta o del consiglio di una provincia, di un comune

Si ritiene, pertanto, necessario indicare al Servizio Affari Generali, Legali e Logistica di accettare solo dichiarazioni alle quali venga allegata l'elencazione di tutti gli incarichi ricoperti dal soggetto che si vuole nominare, nonché delle eventuali condanne da questo subite per i reati commessi contro la pubblica amministrazione. Le dichiarazioni rese sono pubblicate sul sito web aziendale.

### **Incompatibilità successiva (*pantouflage*)**

La L. 190/2012 ha introdotto un nuovo comma nell'ambito dell'art. 53 del D.lgs. n. 165/2001 volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro. Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa artatamente preconstituersi delle situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. La norma prevede quindi una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la 'convenienza' di accordi fraudolenti.

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

L'ambito della norma è riferito a quei dipendenti che nel corso degli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'amministrazione con riferimento allo svolgimento di attività presso i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi.

I "dipendenti" interessati sono coloro che per il ruolo e la posizione ricoperti nell'amministrazione hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (dirigenti, funzionari titolari di P.O., responsabile del procedimento).

I predetti soggetti nel triennio successivo alla cessazione del rapporto con l'amministrazione, qualunque sia la causa di cessazione (e quindi anche in caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione), non possono avere alcun rapporto di lavoro autonomo o subordinato con i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi.

La norma prevede delle sanzioni per il caso di violazione del divieto, che consistono in sanzioni sull'atto e sanzioni sui soggetti:

- sanzioni sull'atto: i contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli;
- sanzioni sui soggetti: i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con la pubblica amministrazione di provenienza dell'ex dipendente per i successivi tre anni ed hanno l'obbligo di restituire eventuali compensi eventualmente percepiti ed accertati in esecuzione dell'affidamento illegittimo; pertanto, la sanzione opera come requisito soggettivo legale per la partecipazione a procedure di affidamento con la conseguente illegittimità dell'affidamento stesso per il caso di violazione.

Onde garantire l'applicazione di tale disposizione l'Azienda Ospedaliera ha inserito in tutti i nuovi contratti di assunzione del personale la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente.

---

con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione della medesima regione; c) con la carica di presidente e amministratore delegato di enti di diritto privato in controllo pubblico da parte della regione, nonché di province, comuni con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di forme associative tra comuni aventi la medesima popolazione della stessa regione.

Inoltre a tutto il personale che cesserà il rapporto di lavoro con l'Azienda, a qualsiasi titolo, verrà fatta sottoscrivere specifica dichiarazione di aver ricevuto informativa in merito a tale divieto.

I competenti uffici provvedono ad inserire nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad *ex* dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della Azienda nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto.

Con riferimento al PNA 2022, nel corso dell'anno 2023 ad integrazione delle misure sopra descritte, saranno progressivamente implementate le misure proposte dal PNA 2022 con particolare riferimento a:

1. Acquisizione delle dichiarazioni di impegno al rispetto del divieto di pantouflage
2. Verifiche in caso di omessa dichiarazione
3. Verifiche nel caso in cui il dipendente abbia reso la dichiarazione di impegno
4. Verifiche in caso di segnalazione/notizia circostanziata di violazione del divieto

### **Tutela del dipendente che effettua segnalazione di illecito (c.d. whistleblower)**

La legge n. 190/2012 aveva inserito nell'ambito del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n.165, un nuovo articolo, il 54 bis, in virtù del quale era stata introdotta nel nostro ordinamento una misura finalizzata a favorire la segnalazione di fattispecie di illecito, nota nei paesi anglosassoni come whistleblowing.

L'art. 1 della legge 30 novembre 2017 n. 179 ha sostituito tale articolo con il seguente:

“Art. 54-bis (tutele del dipendente pubblico che segnala illeciti - 1. Il pubblico dipendente che, nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione, segnala al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 6 novembre 2012, n. 190, ovvero all'Autorità nazionale Anticorruzione (ANAC), o denuncia all'autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile, condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito, o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione. L'adozione di misure ritenute ritorsive, di cui al primo periodo, nei confronti del segnalante è comunicata in ogni caso all'ANAC dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere. L'ANAC informa il Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri o gli altri organismi di garanzia o di disciplina per le attività e gli eventuali provvedimenti di competenza.

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

3. L'identità del segnalante non può essere rivelata. Nell'ambito del procedimento penale, l'identità del segnalante è coperta dal segreto nei modi e nei limiti previsti dall'articolo 329 del codice di procedura penale. Nell'ambito del procedimento dinanzi alla Corte dei conti, l'identità del segnalante non può essere rivelata fino alla chiusura della fase istruttoria. Nell'ambito del procedimento disciplinare l'identità del segnalante non può essere rivelata, ove la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se conseguenti alla stessa. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante sia indispensabile per la difesa dell'incolpato, la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza di consenso del segnalante alla rivelazione della sua identità.

4. La segnalazione è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni.

5. L'ANAC, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, adotta apposite linee guida relative alle procedure per la presentazione e la gestione delle segnalazioni. Le linee guida prevedono l'utilizzo di modalità anche informatiche e promuovono il ricorso a strumenti di crittografia per garantire la

riservatezza dell'identità del segnalante e per il contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione.

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.

7. E' a carico dell'amministrazione pubblica o dell'ente di cui al comma 2 dimostrare che le misure discriminatorie o ritorsive, adottate nei confronti del segnalante, sono motivate da ragioni estranee alla segnalazione stessa. Gli atti discriminatori o ritorsivi adottati dall'amministrazione o dall'ente sono nulli.

8. Il segnalante che sia licenziato a motivo della segnalazione è reintegrato nel posto di lavoro ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 4 marzo 2015, n. 23.

9. Le tutele di cui al presente articolo non sono garantite nei casi in cui sia accertata, anche con sentenza di primo grado, la responsabilità penale del segnalante per i reati di calunnia o diffamazione o comunque per reati commessi con la denuncia di cui al comma 1 ovvero la sua responsabilità civile, per lo stesso titolo, nei casi di dolo o colpa grave».

Inoltre l'art. 3 della medesima legge cita testualmente

1. Nelle ipotesi di segnalazione o denuncia effettuate nelle forme e nei limiti di cui all'articolo 54-bis del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e all'articolo 6 del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231, come modificati dalla presente legge, il perseguimento dell'interesse all'integrità delle amministrazioni, pubbliche e private, nonché alla prevenzione e alla repressione delle malversazioni, costituisce giusta causa di rivelazione di notizie coperte dall'obbligo di segreto di cui agli articoli 326, 622 e 623 del codice penale e all'articolo 2105 del codice civile.

2. La disposizione di cui al comma 1 non si applica nel caso in cui l'obbligo di segreto professionale gravi su chi sia venuto a conoscenza della notizia in ragione di un rapporto di consulenza professionale o di assistenza con l'ente, l'impresa o la persona fisica interessata.

3. Quando notizie e documenti che sono comunicati all'organo deputato a riceverli siano oggetto di segreto aziendale, professionale o d'ufficio, costituisce violazione del relativo

Obbligo di segreto la rivelazione con modalità eccedenti rispetto alle finalità dell'eliminazione dell'illecito e, in particolare, la rivelazione al di fuori del canale di comunicazione specificamente predisposto a tal fine.

Il D. Lgs. n.24/2023 attuativo della Direttiva Europea n.1937/2019 ha introdotto alcune novità finalizzate a una maggiore tutela del whistleblower in modo che quest'ultimo sia maggiormente incentivato all'effettuazione di segnalazioni di illeciti nei limiti e con le modalità indicate nel decreto.

Il whistleblower è la persona che segnala, divulga ovvero denuncia all'Autorità giudiziaria contabile, violazioni di disposizioni normative nazionali o dell'Unione europea che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione Pubblica o dell'ente privato, di cui è venuta a conoscenza in un contesto lavorativo pubblico o privato.

Sono legittimate a segnalare le persone che operano nel contesto lavorativo di un soggetto pubblico o privato, in qualità di:

- dipendenti pubblici (ossia i dipendenti delle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2, del d. lgs165/01, ivi compresi i dipendenti di cui all'art.3 del medesimo decreto, nonché i dipendenti delle autorità amministrative indipendenti di garanzia, vigilanza o regolazione;
- i dipendenti degli enti pubblici economici, degli enti di diritto privato sottoposti a controllo pubblico, delle società in house, degli organismi di diritto pubblico o dei concessionari di pubblico servizio);
- lavoratori subordinati di soggetti del settore privato;

- lavoratori autonomi che svolgono la propria attività lavorativa presso soggetti del settore pubblico o del settore privato;
- collaboratori, liberi professionisti e i consulenti che prestano la propria attività presso soggetti del settore pubblico o del settore privato;
- volontari e i tirocinanti, retribuiti e non retribuiti,
- azionisti e le persone con funzioni di amministrazione, direzione, controllo, vigilanza o rappresentanza, anche qualora tali funzioni siano esercitate in via di mero fatto, presso soggetti del settore pubblico o del settore privato.

Si può segnalare:

- A) quando il rapporto giuridico è in corso;
- B) quando il rapporto giuridico non è ancora iniziato, se le informazioni sulle violazioni sono state acquisite durante il processo di selezione o in altre fasi precontrattuali;
- C) durante il periodo di prova;
- D) successivamente allo scioglimento del rapporto giuridico se le informazioni sulle violazioni sono state acquisite prima dello scioglimento del rapporto stesso

Si può segnalare:

Comportamenti, atti od omissioni che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica o dell'ente privato e che consistono in:

- **Violazioni di disposizioni normative e nazionali**

- *Illeciti amministrativi, contabili, civili o penali*
- *condotte illecite rilevanti ai sensi del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231 (reati presupposto a titolo esemplificativo: *Indebita percezione di erogazioni, truffa in danno dello Stato, di un ente pubblico o dell'Unione Europea per il conseguimento di erogazioni pubbliche, frode informatica in danno dello Stato o di un ente pubblico e frode nelle pubbliche forniture*), o violazioni dei modelli di organizzazione e gestione ivi previsti*

- **Violazioni di disposizioni europee**

- Illeciti che rientrano nell'ambito di applicazione degli atti dell'Unione europea relativi ai seguenti settori: *appalti pubblici; servizi, prodotti e mercati finanziari e prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo; sicurezza e conformità dei prodotti; sicurezza dei trasporti; tutela dell'ambiente; radioprotezione e sicurezza nucleare; sicurezza degli alimenti e dei mangimi e salute e benessere degli animali; salute pubblica; protezione dei consumatori; tutela della vita privata e protezione dei dati personali e sicurezza delle reti e dei sistemi informativi;*
- atti od omissioni che ledono gli interessi finanziari dell'Unione;
- atti od omissioni riguardanti il mercato interno (a titolo esemplificativo: violazioni in materia di concorrenza e di aiuti di Stato);
- atti o comportamenti che vanificano l'oggetto o la finalità delle disposizioni di cui agli atti dell'Unione

**Violazioni che ledono l'interesse pubblico o l'interesse all'integrità della pubblica amministrazione o dell'ente**

❖ Le violazioni segnalate devono essere quelle tipizzate e incidere sull'interesse pubblico o sull'interesse all'integrità della pubblica amministrazione o dell'ente.

❖ Le disposizioni del decreto ***non si applicano*** «alle contestazioni, rivendicazioni o richieste legate ad un interesse di carattere personale della persona segnalante che attengono esclusivamente ai propri rapporti individuali di lavoro o di impiego pubblico, ovvero inerenti ai propri rapporti di lavoro o di impiego pubblico con le figure gerarchicamente sovraordinate».

❖ I motivi che hanno indotto il whistleblower a effettuare la segnalazione sono da considerarsi irrilevanti al fine di decidere sul riconoscimento delle tutele previste dal decreto.

***Il sistema di protezione contemplato dal decreto***

- Tutela della Riservatezza
- Protezione dalle Ritorsioni

- Limitazioni della Responsabilità
- Misure di Sostegno

**La perdita delle tutele del segnalatore**, quando è accertata, anche con sentenza di primo grado, la responsabilità penale della persona segnalante per i reati di diffamazione o di calunnia o comunque per i medesimi reati commessi con la denuncia all'autorità giudiziaria o contabile ovvero la sua responsabilità civile, per lo stesso titolo, nei casi di dolo o colpa grave, le tutele non sono garantite e alla persona segnalante o denunciante è irrogata una sanzione disciplinare

L'Azienda aveva a suo tempo adottato la "Procedura di segnalazione di illeciti o di irregolarità da parte dei dipendenti o collaboratori dell'Azienda Ospedaliera S. Maria e relative forme di tutela". Tale procedura aggiornata a seguito dell'entrata in vigore della citata Legge 179/2017, specifica:

- l'oggetto della segnalazione (con elencazione delle varie fattispecie),
- il contenuto della segnalazione, tenuto conto del modello predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica,
- il destinatario della segnalazione: Responsabile della Prevenzione della Corruzione,
- le attività di verifica della fondatezza della segnalazione,
- le forme di tutela del segnalante/whistleblower,
- l'eventuale segnalazione di discriminazioni,
- la responsabilità del segnalante nei casi in cui incorra, con la denuncia, in responsabilità a titolo di calunnia e diffamazione.

La segnalazione può essere presentata con le seguenti modalità:

- a) a mezzo del servizio postale o tramite posta interna indirizzata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, per poter usufruire della garanzia della riservatezza è necessario che la segnalazione venga inserita in una busta chiusa che rechi all'esterno la dicitura "RISERVATA PERSONALE – AL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE".
- b) In forma elettronica utilizzando il dedicato portale web raggiungibile all'indirizzo: <http://aospws/sii-web/index.htm>. In questo caso i dati saranno memorizzati in formato crittografato (cifatura DES) onde garantire l'anonimato del segnalante; con tale modalità la segnalazione perverrà al solo Responsabile della Prevenzione della Corruzione, l'unico a poter leggere i dati contenuti nella segnalazione, come certificato dal Responsabile del Controllo di Gestione e Sistemi informatici.

L'RPC provvederà alla protocollazione delle segnalazioni in arrivo in un apposito protocollo riservato cartaceo.

La Procedura, il modello nonché l'indirizzo Internet per la segnalazione sono visionabili sul sito web aziendale all'interno del link: ANTICORRUZIONE Prevenire il rischio.

Come azione migliorativa, anche a seguito del D.Lgs. n.24/2023, è stato definito un nuovo **portale whistleblowing** che sarà messo a regime nei primi mesi dell'anno 2024, previa formazione e adeguata informazione.

## RESPONSABILE DEL CENTRO DI AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE DEL PERSONALE

Data la particolare attenzione che il PNA pone sulla formazione del personale, in particolar modo per quello che opera nelle aree a maggior rischio, si ritiene opportuno sottolineare l'importanza della collaborazione di questa figura con il RPC, per individuare in tema di anticorruzione:

- il collegamento tra la formazione specifica sull'anticorruzione e settoriale e il programma annuale della formazione;
- i criteri per scegliere i soggetti che erogano la formazione;
- i contenuti della formazione;

· i canali e gli strumenti di erogazione della formazione.

Rimane parzialmente in capo al Centro di Formazione l'organizzazione e la gestione dei corsi, sottolineando la "centralizzazione" della programmazione ed organizzazione dei corsi a cura del Centro Unico di Formazione Regionale (CUF).

Il ruolo della SC di Formazione Aziendale è quello di proporre un piano formativo annuale, redatto sulla base delle esigenze rappresentate dai capi dipartimento, tenendo conto delle necessità formative obbligatorie rispondenti alla applicazione dei criteri di sicurezza negli ambienti di lavoro, di anticorruzione, di emergenza per il personale target.

Inoltre, la SC Formazione si occuperà della organizzazione della formazione del personale relativa ai seguenti progetti PNRR

-Missione 6 Salute - Componente 2- Investimento 1.3.1 - Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE)

- Missione 6 Salute - Componente 2 - Investimento 2.2 Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Sub investimento 2.2 (b) Corso di formazione in infezioni ospedaliere, delegata dalla Regione Umbria, con deliberazione di Giunta regionale n. 322 del 29 marzo 2023.

### **Linee guida per il rafforzamento della trasparenza e la prevenzione della corruzione in materia di concorsi e selezioni pubbliche nel sistema regionale umbro**

Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 946 seduta del 01/08/2019 avente ad oggetto "DGR n. 604/2019 - Ulteriori determinazioni", sono state approvate le Linee guida per il rafforzamento della trasparenza e la prevenzione della corruzione in materia di concorsi e selezioni pubbliche nel Sistema Regionale umbro.

L'obiettivo delle suddette Linee guida è quello di fornire una cornice di riferimento per la Regione Umbria e le organizzazioni del complessivo sistema amministrativo regionale, prime tra tutte le aziende del sistema sanitario, nella predisposizione di misure di prevenzione idonee a limitare e contenere fenomeni di *maladministration* nell'ambito delle procedure di concorso, selezione o nomina.

Le linee guida fanno riferimento ed esplicitano:

- Principi comuni in materia di programmazione e organizzazione
- Principi di indipendenza e imparzialità delle commissioni
- Adeguate garanzie nelle fasi procedurali
- Trasparenza ed apertura
- Regole di comportamento
- L'attivazione di meccanismi regionali di controllo ed *enforcement*

### **Anagrafe unica delle stazioni appaltanti-ausa**

In considerazione dell'art 33 -ter, comma 1 del decreto legge 179/2012, inserito dalla legge di conversione n. 221/2012, che prevede l'istituzione dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti presso l'Autorità, nell'ambito della Banca Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP), di cui all'art. 62 -bis del D.lsg. n.82/2005 Codice dell'Amministrazione Digitale, tenuto conto che ogni stazione appaltante è tenuta a nominare un soggetto responsabile (RASA) dell'inserimento ed aggiornamento annuale dei dati presenti in anagrafica, l'A.O. S. Maria ha ottemperato a tale obbligo procedendo, con atto deliberativo n. 398 del 19.5.2016, a nominare propria responsabile la Dott.ssa Cinzia Angione.

### **Individuazione gestore delle segnalazioni normativa antiriciclaggio**

L' Art. 35 del Decreto Legislativo 21 novembre 2007, n.231 impone ad un'ampia platea di soggetti ("soggetti obbligati") di portare a conoscenza della Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia (UFI) mediante l'invio di una segnalazione di operazioni sospette, le operazioni per le quali "sanno, sospettano o hanno motivi ragionevoli per sospettare che siano in corso o che siano state compiute o tentate operazioni di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo o che comunque i fondi, indipendentemente dalla loro entità, provengano da attività criminosa".

L'A.O. ha individuato l'Ufficio "SC Economico Finanziario" per gli adempimenti previsti dalla suddetta normativa.

### **Rotazione del personale**

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

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

In tema di rotazione dei dirigenti e funzionari addetti soprattutto alle aree a più elevato rischio di corruzione, l'A.O., laddove ne avesse la possibilità soprattutto grazie ad un preventivo "rafforzamento" della dotazione organica del personale amministrativo, si impegna ad attuarla nei limiti e alle condizioni che oggettivamente lo consentono, visti anche i contenuti dell'intesa tra Governo, Regioni ed Enti Locali sancita in data 24 luglio 2013 ed alla luce delle considerazioni contenute nel PNA 2016, tenuto conto che detta rotazione deve avvenire considerando le specificità professionali in riferimento alle funzioni e in modo da salvaguardare la continuità della gestione, conformemente alle condizioni organizzative dell'azienda.

Pur tuttavia verrà messa in campo ogni azione utile allo scopo in adeguamento della normativa di che trattasi. Resta pertanto fermo il principio che di norma la rotazione del personale viene valutata alla naturale scadenza dell'incarico dirigenziale o di responsabilità conferito (posizioni organizzative e coordinamenti), almeno nelle aree a più elevato rischio di corruzione, nel rispetto delle norme contrattuali e degli accordi sindacali. Bisogna però tenere conto anche del fatto che la specificità dell'attività espletata non rende sempre possibile applicare il principio. Percorsi formativi specifici, competenze marcatamente differenziate, maturazione diversificata di esperienze lavorative, esiguità di personale, professionalità ad alta specializzazione ecc. sono tutti fattori ostativi in campo sanitario al principio di che trattasi. Pertanto per ovviare a tale inconveniente si cercherà, laddove possibile, di prevedere periodi di compresenza e/o percorsi formativi specifici.

Strumenti alternativi ed ulteriori, quali misure di pubblicazione di atti, rilascio di dichiarazioni, etc., sono comunque già stati introdotti con i precedenti Piani; nell'area a rischio Contratti pubblici si procede da anni alla rotazione dei RUP ed alla 'segregazione delle funzioni' con l'adozione di uno specifico regolamento. Inoltre una significativa misura di prevenzione, già in essere dal 2014, è stata la creazione dell'Ufficio Unico di Liquidazione delle fatture, istituito autonomamente rispetto alle strutture dedicate all'espletamento delle procedure di gara per la fornitura di beni, servizi e lavori.

Per quanto riguarda la rotazione "straordinaria", è disposta in presenza di avvio di procedimento disciplinare a carico dei dipendenti, per fatti di natura corruttiva. In tale ipotesi, per il personale dirigenziale si può procedere con atto motivato alla revoca dell'incarico in essere ed il passaggio ad altro incarico ai sensi del combinato disposto dell'art. 16, comma 1, lett. l quater, e dell'art. 55 ter, comma 1, del D.Lgs. n. 165 del 2001; mentre per il personale non dirigenziale si può procedere all'assegnazione ad altro servizio ai sensi del citato art. 16, comma 1, lett. L quater. Nel caso in cui sussista l'impossibilità oggettiva e motivata di rotazione, l'Ente adotterà in ogni caso, misure "rinforzate" sui processi in questione, quali l'introduzione del meccanismo della distinzione delle competenze, c.d. "segregazione delle funzioni", con attribuzione a soggetti diversi dei compiti di:

- svolgere istruttorie ed accertamenti;
- adottare decisioni;

- attuare decisioni prese;
- effettuare verifiche.

### **Conferimento incarichi extra-istituzionali**

Gli incarichi retribuiti a dipendenti sono conferiti o autorizzati dalla Direzione Aziendale (o suo delegato).

Ai fini dell'autorizzazione, l'A.O. verifica l'insussistenza di situazioni anche potenziali di conflitto di interesse. La richiesta di autorizzazione da parte del dipendente è corredata dalla dichiarazione sul conflitto di interesse e sulla incompatibilità, ambedue valutate dal gerarchicamente sovraordinato del dipendente.

Il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti<sup>5</sup>; in questi casi, l'amministrazione - pur non essendo necessario il rilascio di una formale autorizzazione - deve comunque valutare tempestivamente l'eventuale sussistenza di situazioni di conflitto di interesse anche potenziale e, se del caso, comunicare al dipendente il diniego allo svolgimento dell'incarico.

Gli incarichi a titolo gratuito da comunicare all'amministrazione sono solo quelli che il dipendente è chiamato a svolgere in considerazione della professionalità che lo caratterizza all'interno dell'amministrazione di appartenenza.

### **Misure specifiche ulteriori**

#### **Governo liste d'attesa**

Per i **ricoveri programmati** oggetto di monitoraggio indicati nell'elenco al paragrafo 3.2 del PNGLA 2019-2021, il tempo massimo di attesa che ciascuna Azienda deve garantire è quello previsto dalla classe di priorità indicata nella prescrizione. Le classi di priorità d'accesso previste nella nostra Regione, in linea con le indicazioni del PNGLA 2019-2021, sono:

<b>Classe di priorità per il ricovero</b>	<b>Indicazioni</b>
<b>A</b>	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi
<b>B</b>	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
<b>C</b>	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
<b>D</b>	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

In materia di **liste di attesa ricoveri ed interventi chirurgici**, l'Azienda Ospedaliera ha messo a regime il modello di Preospedalizzazione centralizzata (Deliberazione del Direttore Generale n. 244 del 17.3.2017) che, a partire dall'8 gennaio 2018, coinvolge tutte le unità operative dell'A.O. che effettuano prestazioni chirurgiche programmate.

La gestione dello scorrimento delle liste d'attesa delle singole specialità è garantita dall'Ambulatorio di preospedalizzazione nel rispetto dell'ordine cronologico di inserimento in lista d'attesa del paziente e della classe di priorità assegnata dal Dirigente medico al momento della visita (secondo le modalità previste dalla Conferenza Stato Regioni dell'11 luglio 2002 e riportate nella Deliberazione del Direttore

<sup>5</sup> Art.53 comma 12 D.Lgs. 165/2001.

Generale n. 593 del 12 luglio 2016); tale modello organizzativo/gestionale ha l'obiettivo di efficientare il percorso chirurgico ma anche di garantire una maggiore tracciabilità e trasparenza del suddetto processo 'Liste di attesa ricoveri ed interventi chirurgici', assicurando una maggiore equità per il Paziente in termini di accesso alle cure.

In quest'ottica la Direzione Sanitaria, attraverso il **Comitato Buon Uso delle Sale Operatorie** e i diversi Direttori/Responsabili delle strutture che effettuano attività interventistiche, ha già provveduto alla cd. "ripulitura" delle liste d'attesa rispetto all'obiettivo di abbattere e far meglio scorrere le liste d'attesa relative al periodo 2020-2021. Sempre nell'ottica di un efficientamento del percorso chirurgico e di "normalizzazione" post pandemia, è in programma nei primi mesi dell'anno 2024 la ripresa a pieno regime delle attività del suddetto ambulatorio di **preospedalizzazione centralizzato** (il tempo necessario per creare un "portafoglio" di pazienti idonei evitando al contempo di interrompere le attività programmate): l'obiettivo è di recuperare di fatto una funzione (convocazione a visita per idoneità con scorrimento automatico delle liste d'attesa e preparazione di un "portafoglio" di Pazienti idonei per le singole unità operative) che è stata inevitabilmente penalizzata dalla pandemia, anche a causa delle numerose disposizioni ministeriali e regionali volte a regolare le attività interventistiche (fino a prevederne a più riprese la sospensione ovvero lo svolgimento delle sole attività per pazienti oncologici o emergenze/urgenze ovvero finalizzata ad abbattere liste d'attesa di pazienti inseriti in specifici intervalli di tempo).

Nel piano di budget 2023, sono stati assegnati specifici obiettivi in materia di anticorruzione, ai Direttori di UU.OO. che effettuano prestazioni interventistiche, relativamente all'obbligo di rispettare quanto previsto nella suddetta Procedura di gestione del percorso chirurgico in elezione: la stessa misura è prevista nel piano di budget 2024.

Nell'ambito del **governo delle liste d'attesa**, la Direzione Aziendale ha evidentemente fatto riferimento alla DGR 472 del 18/05/2022 "*Piano Regionale Di Governo Delle Liste di Attesa per il triennio 2022-2025*" con la quale la Giunta Regionale ha provveduto alla revisione dell'Allegato 2 della DGR 610/2019, come evoluzione del Piano Regionale delle liste di attesa per il triennio 2022-2025 decorrente dal 1°luglio 2022.

In particolare il piano adottato con DGR 472/2022 ha individuato gli interventi richiamando i punti specifici del Piano Nazionale di Gestione delle Liste di Attesa (PNGLA),

Si descrivono sinteticamente di seguito le misure messe in atto dalla Direzione aziendale dell'A.O. di Terni in applicazione della DGR 472/2022:

- È stato individuato il referente unico sanitario.
- Sono state verificate tutte le agende CUP dell'AO TR al fine di garantire che il 50% delle prestazioni previste nei piani di lavoro delle singole Strutture fossero disponibili per le attività gestite dal CUP Regionale.
- Sono state attivate le Agende Omnibus al fine di migliorare la trasparenza della gestione delle liste di attesa e lo scorrimento dei percorsi di tutela.
- Sono state create le "Agende di Overbooking" al fine di garantire una disponibilità ulteriore del 20% per ogni struttura erogante, in caso di saturazione delle agende in ambito regionale, secondo quanto richiesto dalla Regione con una risposta complessiva dell'AOSP TR superiore al 70%.
- È stato implementato il Piano Abbattimento liste di attesa AO TR – USL Umbria 2 al fine di consentire lo smaltimento della lista di attesa dei pazienti inseriti in percorso di tutela.

Nell'anno 2022 sono state erogate dall'AO TR in abbattimento liste complessivamente 4.302 prestazioni (I trimestre: 896 prestazioni, II trimestre: 1.216 prestazioni, III trimestre: 1.035 prestazioni, novembre-dicembre: 1.155 prestazioni).

- Nel mese di febbraio 2022 in considerazione del fermo macchina RM 3 Tesla per aggiornamento, restando ferma la priorità di garantire sul restante apparecchio RM 1.5 Tesla gli esami effettuati in favore dei pazienti ricoverati e gli esami di 2° livello, al fine di favorire lo smaltimento degli

esami sospesi, è stato disposto anche sulla base della programmazione delle équipes interessate, l'abbattimento lista per RM (articolare, addome, Neuro RM) in orario serale (dalle ore 20 alle ore 23)

- Al fine di favorire la presa in carico del paziente è stata implementata l'attività delle piastre ambulatoriali già attive (2 piastre ambulatoriali: una per gli ambulatori di Chirurgia della Mano, Ortopedia, Neurologia, Neurofisiopatologia, Neurochirurgia, Ginecologia, Chirurgia Toracica e Neurofisiatria collocata al IV piano e una per gli ambulatori della Diabetologia, dell'Urologia e del Centro salute donna al primo piano seminterrato); sono inoltre stati convertiti in Piastre Ambulatoriali i CUP di II livello della Radiologia, Radioterapia, dell'Oncologia, dell'Oncoematologia e della Nefrologia e Dialisi in considerazione dei loro volumi di attività e dell'ampliamento delle Agende di prenotazione.
- Per garantire la presa in carico del paziente e la gestione dei controlli e degli accessi successivi dello stesso da parte del medico specialista, è stato implementato il progetto di prenotazione diretta dei medici specialisti (tutti gli specialisti inclusi nel progetto sono stati formati secondo il cronoprogramma previsto dalla Regione. Le rispettive agende sono state configurate. La percentuale delle prenotazioni gestite direttamente dai medici prescrittori o con l'utilizzo della piastra o del Cup di II livello risulta nel mese dicembre 2022 pari al 91% delle prescrizioni dei medici attivati nel progetto).

Con riferimento alla successiva DGR 437 del 26/04/2023 con la quale la Giunta Regionale ha approvato il "Piano operativo straordinario di recupero delle liste d'attesa", la Direzione Aziendale, con Deliberazione del Direttore Generale n. 539 del 18/07/2023, ha predisposto il **Piano Attuativo Aziendale** che prevede il potenziamento dell'offerta ed il governo della domanda attraverso le azioni strategiche declinate con riferimento ai singoli obiettivi del piano regionale.

In particolare, rispetto all'obiettivo di **"Garantire un'offerta adeguata e appropriata"**, le azioni adottate dall'A.O. Terni si riferiscono a:

- **Definire un'offerta per i primi accessi ampliata al fine di evitare la genesi di nuovi PdT.**

In considerazione della consistenza quali-quantitativa delle prestazioni presenti all'interno del Percorso di Tutela, si è concordato che l'AO TR, realizzasse un'offerta ordinaria aggiuntiva mirata alle prestazioni con maggiore criticità, mediante la creazione di agende di prenotazione CUP secondo il principio di prossimità al fine di agevolare l'accesso da parte degli assistiti, riservandole quindi alla prenotazione dei pazienti residenti in tutti i Distretti dell'Usl Umbria 2 e evitare la genesi di nuovi Percorsi di Tutela

- **Utilizzo estensivo delle attrezzature diagnostiche**

La programmazione delle attività, in particolare delle apparecchiature diagnostiche TC e RM, è stata effettuata prevedendo l'utilizzo delle stesse per 12 ore al giorno (8-20) nei giorni feriali e in base alle risorse disponibili con programmazione eventuale anche di aperture nei giorni festivi. Di seguito si riportano le date di apertura effettuate nei giorni festivi nel mese di maggio e nel mese di giugno dalla Radiologia: 14 maggio (ecografia), 21 maggio (ecografia), 28 maggio (RM articolare), 4 giugno (ecografia), 11 giugno (RMN muscolo-scheletrica), 18 giugno (Ecografia), 25 giugno (TC).

- **Attivare l'overbooking**

È stato attivato l'overbooking per le discipline maggiormente critiche (Cardiologia, Diagnostica, Endoscopia digestiva...) con una percentuale complessiva di risposta dell'Azienda Santa Maria che nel mese di giugno 2023 risulta essere pari al 76,3% della richiesta.

- **Attivare la presa in carico degli specialisti**

Al fine di migliorare la presa in carico da parte degli specialisti è stato completato il processo di configurazione delle agende degli specialisti facenti parte del progetto.

Sono stati effettuati e sono in corso incontri ad hoc, con il coinvolgimento anche di PuntoZero, con gli specialisti con l'obiettivo di migliorarne la performance.

Così come risulta dall'ultima reportistica FHIR (mese di agosto 2023), la performance degli specialisti dell'A.O. "S. Maria" che prescrivono e prenotano è del 94,71%.

Presso l'A.O. di Terni sono state attivate 10 piastre ambulatoriali: 3 multispecialistiche (una per gli ambulatori di Chirurgia della Mano, Ortopedia, Neurologia, Neurofisiopatologia, Neurochirurgia, Ginecologia, Chirurgia Toracica e Neurofisiatria collocata al IV piano, una per gli ambulatori della Diabetologia, dell'Urologia e del Centro salute donna al primo piano seminterrato; la terza collocata al quinto piano per gli ambulatori della Dermatologia, Reumatologia, Endocrinologia, Diabetologia, Medicina Interna; 7 monospecialistiche in considerazione del rispettivo volume di attività e dell'ampliamento delle Agende di prenotazione (per gli ambulatori della Radiologia, della Radioterapia, dell'Oncologia, dell'Oncoematologia, della Nefrologia e Dialisi, dell'Oculistica e della Cardiologia).

L'attività delle piastre ambulatoriali è stata incrementata al fine di massimizzare la presa in carico dei pazienti da parte degli specialisti dell'AO Terni, tramite anche l'attivazione di numerose agende di II livello (Oculistica, Reumatologia, Diagnostica...)

- **Monitorare costantemente l'offerta dei primi accessi e dei secondi accessi.**

Effettuato un costante monitoraggio dell'offerta da parte della Direzione Sanitaria/di Presidio, tramite l'utilizzo del cruscotto Qlik e il costante monitoraggio delle agende da parte del Back Office del Cup al fine di consentirne il dinamico adeguamento alla domanda.

Rispetto all'obiettivo di **"Aumentare l'appropriatezza delle Prescrizioni attraverso la verifica degli Specialisti ed interventi di Governance"**, le azioni intraprese si riferiscono alla **Validazione dell'erogato e verifica di concordanza RAO nel 100% delle prestazioni.**

Gli specialisti sono stati formati all'utilizzo della procedura operativa che permette al Dirigente Medico, titolare dell'Ambulatorio di visionare, la lista dei pazienti prenotati, effettuare la validazione dell'erogato e la concordanza di classe di priorità in caso di prestazione ambulatoriale RAO. Al fine supportare gli specialisti, nell'adempimento dell'obbligo di effettuare, al momento dell'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, la validazione dell'erogato e la verifica della concordanza di classe di priorità tramite il programma Ises Web, la Direzione aziendale, ha approvato una specifica procedura che prevede le azioni di seguito descritte:

1. L'infermiere effettua la stampa del piano di lavoro dell'ambulatorio tramite il programma ISES Web
2. Il Dirigente Medico, titolare dell'Ambulatorio, al termine di ogni visita erogata indica nel piano di lavoro scaricato dal programma Ises Web
  - a- se la visita è stata erogata (indicare erogato) o
  - b- se non è stata erogata per mancata presentazione del paziente (indicare non erogato paziente)
  - c- se non è stata erogata per cause di urgenza quali inaccessibilità della struttura, guasto della macchina, indisponibilità del personale, indisponibilità di materiali/dispositivi (indicare non erogato struttura).

Per ogni visita erogata il medico inoltre verifica la corrispondenza della Classe di Priorità indicando nell'elenco sopracitato la classe di priorità ritenuta appropriata. Le suddette indicazioni dovranno essere poste dallo specialista a lato di ciascun nominativo dell'elenco in modo chiaro e leggibile.

3. Lo Specialista, al termine della seduta, consegna l'elenco, debitamente firmato, alle piastre Cup di riferimento o al Cup centrale per gli ambulatori che non afferiscono alle piastre.

4. Gli operatori Cup provvedono a completare la procedura tramite il programma ISES Web sulla base delle indicazioni fornite dallo specialista.

L'Ufficio Controllo di Gestione provvede al monitoraggio della validazione automatica delle prestazioni strumentali erogate e del validato complessivo dell'Azienda.

Rispetto all'obiettivo di **“Evasione di tutte le prestazioni inserite nei PDT”**, l'Azienda Ospedaliera di Terni, preso atto che il recupero delle prestazioni in PdT viene effettuato tramite acquisto da privato, ha concorso all'obiettivo attraverso l'individuazione condivisa con l'Azienda Territoriale di riferimento delle prestazioni oggetto del potenziamento dell'offerta. L'azienda inoltre nel periodo settembre-dicembre 2023 concorre all'abbattimento delle prestazioni specialistiche in PdT non erogate dal privato (in corso di definizione l'accordo con Usl Umbria 2)

Rispetto all'obiettivo **“Trasparenza”**, l'Azienda Ospedaliera di Terni presenta sul proprio sito istituzionale una sezione dedicata alle liste di attesa. In tale sezione sono descritte le modalità di accesso alle prestazioni specialistiche, il monitoraggio dei tempi di attesa, i criteri di formazione delle liste di attesa, i percorsi di tutela.

In particolare vengono monitorati i tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie, per le prime visite e i primi accessi alle prestazioni, individuate come critiche dal Ministero della Salute e dalla Giunta regionale (prestazioni traccianti).

I dati del monitoraggio ex-ante e “dato storico” ex-ante sono visibili cliccando su un apposito pulsante che rimanda al Portale Salute della Regione Umbria sezione Liste di Attesa (<https://www.regione.umbria.it/salute/liste-di-attesa>).

Resta vigente che per tutte le prestazioni soggette a prescrizione RAO, il tempo massimo di attesa che l'Azienda deve garantire è quello previsto dalla classe di priorità indicata nella prescrizione. Per tutte le altre prestazioni non soggette a RAO il tempo massimo di attesa da garantire è di 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli esami strumentali.

La prenotazione della prestazione avviene in base alla disponibilità nelle agende riferite al territorio della USL di riferimento, Azienda Ospedaliera e Strutture private accreditate e convenzionate presenti nel territorio della ASL. Se queste non sono disponibili e il sistema ha la possibilità di offrire la stessa prestazione in sedi più lontane (nell'ambito della ASL o del territorio regionale), il cittadino è tenuto ad accettare tale offerta dal momento che essa è basata sul principio del rispetto dei tempi indicati secondo il criterio RAO.

### **Sperimentazioni cliniche**

Le modalità da osservarsi nella conduzione delle sperimentazioni cliniche, sia di tipo interventistico che non interventistico, sono state approvate con regolamento aziendale di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 165 del 14.3.2011.

Il regolamento prevede, tra l'altro, che i compensi corrisposti dai promotori (nel caso di sperimentazione *profit* a conduzione ospedaliera) vengano versati all'Azienda Ospedaliera e destinati all'alimentazione dei fondi previsti dalla normativa regionale, detratti i costi che l'Azienda sostiene per la conduzione della sperimentazione e per il coordinamento generale.

L'utilizzo dei fondi da parte delle UU.OO/Servizi avviene secondo le procedure aziendali vigenti per la partecipazione ad attività di formazione, acquisto di supporti bibliografici e di attrezzature, organizzazione di incontri scientifici e congressi, istituzione di borse di studio, finanziamento di ricerche indipendenti.

Gli sperimentatori che intendono condurre una ricerca sono tenuti a presentare:

1. all'Azienda Ospedaliera una dichiarazione pubblica di interessi dei professionisti redatta sul modello predisposto dall'AGENAS (allegato al presente Piano);
2. al CEAS (Comitato Etico Aziende Sanitarie) della Regione Umbria una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi dello sperimentatore sullo specifico studio clinico da approvare.

Con cadenza semestrale, i Direttori dei servizi interessati, predispongono report sullo stato degli studi avviati ed in corso da trasmettere al Direttore Sanitario.

È in programma nell'anno 2021, l'aggiornamento dello specifico regolamento finalizzato ad un miglioramento in termini di efficienza e trasparenza delle procedure e dell'utilizzo dei fondi.

### **Farmaci, dispositivi**

Per quanto attiene al settore dei farmaci, presso l'Azienda Ospedaliera è presente, da alcuni anni, il sistema di dispensazione della terapia al paziente in dose unitaria.

L' utilizzo della dispensazione del farmaco in dose unitaria ha un impatto positivo sulla riduzione degli errori di terapia azzerando il rischio clinico correlato, nonché una drastica diminuzione delle scorte dei farmaci presso i magazzini dei reparti.

L'introduzione del 'braccialetto elettronico' al polso del paziente, avvenuta nell'anno 2015, permette anche di verificare la corretta e avvenuta somministrazione della terapia giornaliera al letto del paziente.

Va inoltre sottolineato che il processo dell' acquisizione dei farmaci discende da una gara regionale centralizzata, e che l'inserimento dei principi attivi presso la nostra Azienda è frutto dell'immissione degli stessi nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero.

Una apposita commissione, deliberata, valuta l'introduzione dei principi attivi già precedentemente approvati e inseriti nel Prontuario Terapeutico Regionale.

Le richieste di approvvigionamento provenienti dai reparti di farmaci e dispositivi è informatizzata, così come per i dispositivi medici di alto costo è stata introdotta una specifica procedura informatizzata che 'scarica' al singolo paziente del blocco operatorio i dispositivi utilizzati per l'intervento chirurgico effettuato. Questo sistema rende possibile la completa tracciabilità del dispositivo usato essendo stato lo stesso precedentemente 'barcodato' con una etichetta che contiene le indicazioni del prodotto, della scadenza e del lotto.

### **Patti di integrità**

In attuazione dell'art.1 comma 17 della L. 190/2012 l'A.O. predispone ed utilizza patti d'integrità quale misura di prevenzione alla corruzione.

Il Patto d'integrità rappresenta un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dalla stazione appaltante come presupposto necessario e condizionante per la partecipazione dei concorrenti ad una gara di appalto. Il patto di integrità è un documento che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e permette un controllo reciproco e sanzioni nel caso in cui qualcuno dei partecipanti cerchi di eluderlo. Si tratta in sintesi di un complesso di regole di comportamento finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo e volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti ed il personale dell'Azienda Ospedaliera.

L'Azienda Ospedaliera in tutte le procedure di acquisizione di beni, servizi e lavori richiede a tutti i partecipanti la sottoscrizione e trasmissione del Patto d'integrità (allegato al presente PTPC). Inoltre in tutti i bandi e/o avvisi e/o lettere d'invito e/o capitolati di gara viene inserita una specifica 'clausola risolutiva del contratto' a favore dell'Azienda Ospedaliera in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nel Patto di integrità.

### **Sistema di controllo di gestione**

Tra le procedure operative che delineano il processo di budget annuale, di particolare importanza è il sistema di assegnazione e controllo dei budget dei centri di risorsa, intendendosi con tale accezione tutte le strutture o uffici aziendali deputati all'acquisizione di risorse.

Tale sistema consta di una rilevazione analitica, per ciascun centro di risorsa e ciascuna posizione finanziaria, delle singole motivazioni che giustificano l'acquisizione di particolari beni, servizi, lavori o altre utilità.

Al riguardo sono state create delle schede per ciascun centro di risorsa nelle quali per ogni posizione finanziaria vengono elencate le motivazioni che inducono i processi di spesa, specificate in distinte righe di dettaglio per ogni rapporto contrattuale.

Il sistema di budget prevede ad inizio anno che il responsabile di ciascun centro di risorsa, secondo le esigenze di utilizzo annuali previste in merito alle risorse di propria competenza, elabori una proposta dettagliata delle motivazioni di acquisizione dei beni o servizi con il relativo fabbisogno economico.

Le proposte inoltrate dai centri di risorsa vengono poi esaminate dalla Direzione Aziendale e discusse durante gli incontri di negoziazione dei budget, previsti di norma nel mese di gennaio.

A conclusione di tali incontri vengono firmate le schede di budget da parte del Direttore Generale e del responsabile del centro di risorsa, che da tale momento in poi divengono lo strumento di base rispetto al quale organizzare e coordinare i processi di spesa nel corso dell'esercizio annuale.

Sono comunque possibili delle variazioni rispetto a quanto concordato qualora sopravvengano delle esigenze inderogabili durante l'anno; tali variazioni dovranno naturalmente essere verificate e approvate dalla Direzione Aziendale.

Il sistema analitico appena descritto consente di disporre di strumenti di conoscenza e controllo in grado di supportare la prevenzione di eventuali fenomeni corruttivi in quanto viene ridotta notevolmente la discrezionalità dei responsabili dei centri di risorsa rispetto ai processi di acquisizione delle risorse in particolare sulle quantità.

Le singole righe di dettaglio presenti in ciascuna scheda a volte già vanno a definire il singolo contratto, esercitando quindi in tal caso un'azione dirimente rispetto all'oggetto del bene o servizio da acquisire e nel contempo ponendo anche un limite alla spesa da affrontare.

Accanto al processo di budget relativo ai centri di risorsa, il sistema di controllo di gestione aziendale prevede anche l'articolazione dei budget da assegnare ai singoli centri di attività, intendendosi con tale accezione tutte le strutture deputate all'erogazione di attività di ricovero o specialistica ambulatoriale.

Ad ogni centro di attività vengono assegnati obiettivi di natura economica relativi sia ai ricavi prodotti sia ai costi di specifici fattori produttivi, il cui livello di utilizzo dipende dalle decisioni assunte dal personale afferente la struttura.

Tra i fattori produttivi il cui volume di utilizzo è da concordare con i centri di attività, particolare importanza assumono i beni sanitari, sia in relazione all'entità della spesa sia per quanto riguarda la diretta influenza dei professionisti in merito alle scelte sui consumi.

Il processo di budget prevede anche in questo caso, ad inizio anno, la fase di proposta, da parte del responsabile della struttura del valore economico previsto dei costi annuali, seguita dalla fase di negoziazione nella quale la Direzione Generale, una volta esaminate le proposte, assegna un budget economico annuale a ciascun centro di attività.

Rilevante importanza ai fini del controllo del bilancio assume il monitoraggio mensile dei costi, mediante il quale è possibile repentinamente individuare eventuali scostamenti nel loro andamento rispetto a quanto programmato.

Una tale tipologia di controllo risulta efficace anche nell'individuazione di impieghi anomali di articolari prodotti, consentendo in tal modo di evidenziare potenziali situazioni di rischio in particolari aree (es. Sale Operatorie).

Con la Deliberazione del Direttore Generale n.1083 del 22/12/2016 sono state approvate le note operative per la realizzazione del Progetto di Pianificazione e Controllo (Pi. Co.) il quale prevede la strutturazione di un sistema aziendale di raccordo tra gli strumenti di pianificazione ed il budget dei Centri di Responsabilità ed individua, in relazione alle Unità Organizzative inserite nel Piano dei Centri di Responsabilità, i risultati da conseguire, le attività da svolgere e le risorse assegnate. Il suddetto progetto prevede l'introduzione di tre Tavoli operativi - un Tavolo Strategico, un Tavolo Gestionale ed, infine, un Tavolo delle Risorse - che sono chiamati ad operare al fine di assicurare sia il processo di budget che il monitoraggio continuo degli obiettivi da perseguire ed il bilancio.

Tale sistema viene ribadito, con lievi modifiche, nella Deliberazione del Direttore Generale n. 959 del 19/10/2018 avente come oggetto "Regolamento del Sistema della Performance".

Secondo quanto previsto dalle suddette note operative, il Tavolo Strategico (TS) è composto da: Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Controllo di Gestione, Bilancio, Farmacia, Professioni Sanitarie e Staff Qualità. I primi incontri del TS si sviluppano in due momenti: il primo in cui vengono aggiornate la Mission e la Vision aziendale, individuati i macro-obiettivi (con cadenza triennale e/o declinazione annuale), delineate le linee generali inerenti il budget, i grandi investimenti ed il piano delle assunzioni, analizzato l'andamento economico/gestionale dell'esercizio in chiusura ed esaminati gli obiettivi predisposti a livello nazionale e regionale. D'altro canto, il secondo momento prevede l'integrazione del gruppo con il Collegio di Direzione e, in tale sede, la Direzione e lo Staff illustrano ai presenti quanto concordato nella prima parte della riunione ed i Capi dipartimento presenti illustrano i loro suggerimenti e/o nuovi progetti. A seguire, il TS prende decisioni in merito agli argomenti discussi e dà mandato al Tavolo Gestionale (TG) e delle Risorse (TR) di procedere alla programmazione e gestione dei budget dei Centri di Attività e Risorsa. Una volta avvenuta la negoziazione

dei budget, il TS si riunisce con cadenza mensile al fine di analizzare il lavoro svolto dai suddetti tavoli, esaminare il cruscotto direzionale e richiedere ulteriori informazioni in merito ad attività o ad indicatori non in linea con quanto programmato. Infine, nell'anno di esercizio successivo a quello preso in esame il TS esamina e convalida i risultati dei processi di budget gestiti da TR e TG e li trasmette alla P.O. Relazioni Sindacali per la predisposizione della Relazione sulla Performance da sottoporre al Nucleo Interno di Valutazione.

Il Tavolo Gestionale è composto da: Direttore Sanitario, che svolge la funzione di coordinatore, Controllo di Gestione, Farmacia, Professioni Sanitarie e Staff Qualità. Alla luce di quanto definito dal TS e alla luce dell'andamento dell'attività nell'esercizio dell'anno precedente, il TG si occupa della programmazione e gestione del processo di budget dei Centri di Attività, del Comparto Sanitario e dei Centri Sanitari di Supporto. Alla fase di negoziazione del budget partecipano anche il Direttore Generale ed il Direttore Amministrativo. Le successive riunioni vengono svolte con cadenza mensile e perseguono la finalità di analizzare l'andamento dell'attività e di individuare le ragioni di eventuali criticità emerse rispetto a quanto negoziato. Se ritenuto necessario, il TG potrà delegare ad alcuni dei suoi componenti il compito di eseguire precisi approfondimenti al riguardo.

Nell'anno di esercizio successivo a quello preso in esame, il TG elabora i risultati dei processi di budget gestiti, li valida e li trasmette al TS.

Il Tavolo delle Risorse è composto da: Direttore Amministrativo, che svolge la funzione di coordinatore, Controllo di Gestione, Bilancio e Responsabili dei Centri di Risorsa. Le prime riunioni del suddetto tavolo sono finalizzate alla costruzione del bilancio di previsione (secondo le indicazioni fornite dal TS e in base alle proposte avanzate dai Centri di Risorsa) ed alla gestione del processo di assegnazione degli obiettivi ai Centri Amministrativi. Il processo di negoziazione seguirà i percorsi vigenti in Azienda. Le successive riunioni vengono svolte con cadenza mensile e sono finalizzate ad analizzare l'andamento dei costi, ad individuare possibili criticità e, se necessario, a revisionare i budget assegnati con conseguente aggiornamento del bilancio di previsione. Nell'anno di esercizio successivo a quello preso in esame, il TR elabora i risultati dei processi di budget gestiti, li valida e li trasmette al TS.

Del lavoro svolto dai tre tavoli e delle conclusioni emerse in seguito ad ogni riunione viene data evidenza in appositi verbali. Inoltre, i verbali del TG e del TR vengono trasmessi al TS.

A seguire viene presentato il cronoprogramma delle attività sopra descritte.

CRONOGRAMMA Pi. Co.	
Novembre-Dicembre anno precedente	Incontro 1 TS: definizione e aggiornamento mission, vision, macro obiettivi aziendali, obiettivi di budget, grandi investimenti, piano assunzioni
	Incontro 2 TS con partecipazione dei membri del Collegio di Direzione. Condivisione dei contenuti ad oggetto della prima riunione, proposte del Collegio di Direzione, indicazioni rivolte al TG e al TR in merito alle linee di indirizzo da seguire nella gestione dei processi di budget di centri di attività e centri di risorsa

Gennaio anno in corso	Negoziante budget centri di attività. Assegnazione degli obiettivi del Comparto Sanitario. Assegnazione degli obiettivi ai Centri Sanitari di Supporto. Negoziante budget Centri di Risorse. Assegnazione degli obiettivi ai Centri Amministrativi.
Febbraio anno in corso	Aggiornamento del Bilancio di Previsione
Marzo-Dicembre anno in corso	Riunioni mensili TS, TR, TG
Febbraio-Giugno anno successivo	Elaborazione dei risultati dei processi di budget gestiti da TG e TR Trasmissione risultati al TS Esame e convalida dei risultati da parte del TS Trasmissione dei risultati alla P.O. Relazioni Sindacali per la predisposizione della Relazione sulla Performance

### **Sistema di contabilità generale e certificazione di bilancio**

Con il Patto per la salute 2010-2012 è stato dato avvio ad un vero e proprio percorso verso la certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie inteso come processo di accertamento della qualità delle procedure amministrativo-contabili e dei dati contabili.

Successivamente con la promulgazione del D.lgs. 118/2011 e del decreto ministeriale dell'11 settembre 2012, il legislatore, basandosi sulle sperimentazioni avvenute in passato in diverse Regioni, ha applicato all'obiettivo della certificabilità dei bilanci e dei dati contabili lo strumento della "revisione contabile" inteso come sistema di organizzazione di controlli interni aziendali e regionali, volto a garantire la condizione di sottoporre le aziende alle verifiche per la certificazione.

La Regione Umbria, in applicazione del DM 1 marzo 2013, ha adottato il proprio Percorso Attuativo della Certificabilità meglio descritto negli atti di seguito elencati:

- DGRU n. 662 del 24/6/2013
- DGRU n. 1785 del 29/12/2014
- DGRU n. 767 del 29/06/2015
- DGRU n. 1180 del 17/10/2016

Nel periodo di attuazione del PAC, le aziende sanitarie, la GSA ed il Consolidato si sono dotati di specifiche procedure sulle principali aree di bilancio. Considerato che le procedure del progetto PAC sono redatte, secondo un format standard, dalle competenti strutture aziendali e che la produzione, la fascicolazione, la diffusione e la conservazione delle procedure deve rispettare gli obblighi previsti dal DPCM 13/11/2014 per la realizzazione degli obiettivi di efficienza, efficacia, economicità, imparzialità, trasparenza, semplificazione e partecipazione, l'azienda ospedaliera S. Maria di Terni, con delibera n. 760 del 20 settembre 2016, ha adottato un sistema di gestione delle procedure con documenti informatici con firma digitale che consente l'adozione delle procedure da parte dei responsabili delle strutture aziendali, l'approvazione da parte della direzione, la trasmissione al Collegio sindacale, la distribuzione agli operatori, la conservazione e l'aggiornamento.

La verifica della relativa attuazione viene svolta dal Tavolo ministeriale di verifica degli Adempimenti in occasione del monitoraggio ordinario regionale; in data 3 agosto 2017 il Tavolo Adempimenti ha dichiarato la Regione Umbria adempiente consentendo di "...accedere all'erogazione della quota di finanziamento condizionata alla verifica positiva degli adempimenti regionali di cui all'art. 2, comma 68, lettera c) della Legge 23 dicembre 2009, n. 191 per l'anno 2015".

Tra le diverse azioni previste, in risposta al raggiungimento degli obiettivi prefissati a livello ministeriale, la Regione Umbria ha ritenuto attivare le revisioni limitate (c.d. agreed upon procedure) delle aree e degli obiettivi previsti dal piano, a cura del Collegio aziendali delle Aziende e della Regione. In questo contesto, tali revisioni limitate consistono in una duplice fase di verifica da parte dei Collegi sindacali: una prima fase consiste nel controllo documentale (analisi delle procedure e compilazione checklist di controllo) e una seconda fase di verifica (c.d. sul campo) finalizzata alla espressione anche "...proposte e suggerimenti per il miglioramento del loro funzionamento" (vedasi DGRU 767/2015).

A livello aziendale il Collegio sindacale, a seguito di quanto sopra esposto, ha preso visione delle procedure redatte dall'Azienda Ospedaliera nell'ambito del progetto e da questa trasmesse alla Regione; le procedure PAC sono state oggetto di controllo mediante apposite 'checklist' redatte sulla base di schemi condivisi con gli altri Collegi sindacali delle aziende del servizio sanitario regionale, le direzioni aziendali e la direzione regionale relativamente alle diverse aree di bilancio. Inoltre con apposita relazione del 28 settembre 2017, in linea con le scadenze proposte dalla direzione regionale, il Collegio ha espresso un giudizio sul percorso svolto individuando anche le aree di miglioramento futuro.

A conclusione della terza annualità il progetto ha prodotto una ricca documentazione e un insieme di procedure – raccolte nella delibera del Direttore Generale del 29 settembre n. 932 – trasmessa alla Giunta regionale dell'Umbria che, a sua volta, recependo gli atti delle aziende e integrando quelli regionali, ha approvato la relazione conclusiva del progetto per la verifica del Ministero (DGRU n. 1250 del 30.10.2017).

In ultimo, in linea con i percorsi intrapresi dalle diverse regioni, è stata proposta l'attivazione di un progetto finalizzato all'istituzione di una funzione di Internal Auditing aziendale che, affiancando i tradizionali uffici Qualità, ponga l'attenzione sul nuovo sistema di procedure di procedure amministrativo contabili e provveda all'indispensabile coordinamento con le attività svolte nell'ambito dell'attuazione del piano anticorruzione. Tale proposta ha condotto all'adozione di un atto da parte della Giunta regionale (n. 1148 del 9 ottobre 2017) con cui è stato istituito un gruppo di lavoro interaziendale e regionale per il potenziamento del sistema dei controlli interni.

### **Controlli e verifiche orarie (orario di servizio e di lavoro), accesso alla mensa aziendale**

Nell'ambito delle funzioni di controllo e verifiche orarie e del rispetto di quanto previsto dal D.lgs. 66/2003 e s.m.i. tutte le strutture Aziendali interessate, DMPO, SC Risorse Umane, SC Formazione Qualità e Comunicazione e SITRO, ciascuna per le proprie competenze, rendicontano semestralmente sull'attività svolta evidenziando il numero e le tipologie di irregolarità rilevate.

Dall'anno 2017 si è proceduto ad abilitare gli orologi marcatempo, ubicati nelle varie strutture Aziendali, al solo personale di riferimento.

Per quanto concerne l'accesso del personale alla mensa aziendale, fermo restando il controllo in essere effettuato su tutto il personale che accede alla mensa 'timbrando' il badge (controllo teso anche al relativo addebito sullo stipendio), vengono effettuate verifiche a campione sul personale che usufruisce del servizio pagando direttamente in mensa il consumo del pasto. Le verifiche saranno possibili con l'indispensabile e fattiva collaborazione della ditta appaltatrice del servizio attraverso l'elencazione di tutto il personale dell'Azienda che accede alla mensa pagando in contanti. I successivi controlli saranno effettuati dalle strutture sopra specificate.

Con Deliberazione n792 del 02/11/2023 la Direzione aziendale ha provveduto alla centralizzazione della "*gestione presenze/ assenze della Dirigenza medica e sanitaria e del personale di comparto non afferente al SITRO*"; tale misura è finalizzata alla standardizzazione dei controlli dei dipendenti aziendali con razionalizzazione delle risorse umane addette alla funzione.

### **Regolamenti aziendali**

I regolamenti aziendali dovranno essere adeguati al presente PTPC e al Codice Etico e di Comportamento entro settembre 2021.

In caso di nuove disposizioni regolamentari e/o normative i Regolamenti Aziendali interessati dovranno essere adeguati entro 6 mesi dall'entrata in vigore.

### **Regolamento su corretto uso di internet, posta elettronica, telefono/ fax**

Con riferimento alla Deliberazione del Commissario Straordinario n.882 del 30/12/2019, cui si rimanda per la corretta adozione dei comportamenti in essa previsti, anche a seguito del GDPR che dichiara che "la protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati di carattere personale è un diritto fondamentale" e che esso "protegge i diritti e le libertà fondamentali delle persone fisiche, in particolare il diritto alla protezione dei dati personali", l'A.O. ha adottato un nuovo approccio nel trattamento dei dati personali sia degli utenti che accedono alle strutture aziendali sia degli operatori che

vi lavorano. In particolare sono previsti in capo all'Azienda, Titolare del trattamento, nuovi adempimenti e un'intensa attività di adeguamento alla Normativa comunitaria.

### **Dichiarazione pubblica di interessi da parte dei professionisti del servizio sanitario**

In coerenza con gli obblighi previsti dal codice di comportamento di cui al D.P.R. 62/2013, e dal PNA Aggiornamento 2015 al PNA (§2.2.3), è opportuno che i professionisti di area sanitaria e amministrativa rendano conoscibili, attraverso apposite dichiarazioni, le relazioni e/o interessi che li possano coinvolgere nell'espletamento di attività inerenti alla funzione che implicino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.

I professionisti tenuti alla compilazione della dichiarazione sono quelli appartenenti all'area sanitaria ed amministrativa riconducibili all'ambito dei soggetti tenuti all'applicazione della normativa in materia di trasparenza e della prevenzione della corruzione<sup>6</sup> e sui quali grava la responsabilità nella gestione delle risorse.

Per l'A.O. "S.Maria" di Terni vengono individuati coloro i quali hanno la responsabilità nella gestione delle risorse indipendentemente dall'incarico ricoperto (ad esempio un dipendente che pur non essendo responsabile di struttura incide sull'acquisto di un prodotto)<sup>7</sup>.

Al fine di rendere agevole l'adempimento di tali prescrizioni, considerata anche la sospensione a partire dal 1 gennaio 2021 dell'applicativo di AGENAS, l'A.O. Terni si impegna a realizzare un applicativo per facilitare la compilazione *on line* della Dichiarazione pubblica di interessi da parte di tutti i professionisti dell'A.O.

### **Sistema informatico**

Nel corso degli anni il processo di informatizzazione dell'Azienda Ospedaliera S. Maria si è andato via via sviluppando in modo tale che al momento risulta gestita tramite software e data base elettronici la quasi totalità dei processi aziendali.

Il sistema informatico è suddiviso in tre aree relative, rispettivamente, alle procedure sanitarie, alle procedure amministrative ed al sistema di infrastrutture.

Per quanto riguarda l'area sanitaria le procedure aziendali di maggior rilievo gestite attraverso sistemi informatici sono il Pronto Soccorso, i ricoveri e le cartelle cliniche, le sale operatorie, il CUP, la somministrazione di farmaci attraverso il sistema della monodose, tutti gli altri sistemi rilevanti quali i Laboratori l'Immunotrasfusionale, la Diagnostica per Immagini (con l'introduzione del 'bracciale elettronico').

L'area amministrativa dal punto di vista delle procedure informatiche è costituita da un sistema contabile, gestionale e di magazzino (SAP), una procedura per la gestione giuridica ed economica del personale, una procedura per la gestione del protocollo e delle delibere, una per la gestione delle manutenzioni oltre ad altri sistemi locali di minore rilevanza.

Nel settore infrastrutturale vengono gestite le attività di manutenzione del parco macchine e di help desk informatico, approntati i sistemi di sicurezza informatica (firewall, backup, disaster recovery), la connettività di rete dall'esterno e interna all'azienda e le licenze software.

Quanto sopra considerato che una capillare informatizzazione delle procedure aziendali può fungere da deterrente in una prima fase e da strumento di ausilio nell'individuazione di eventuali comportamenti non corretti successivamente.

### **Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione**

---

<sup>6</sup> Cfr PNA aggiornamento 2015 parte speciale parte II Sanità

<sup>7</sup> Sono stati comunicati ad AGENAS per l'inserimento nel portale [pna-sanita@agenas.it](mailto:pna-sanita@agenas.it) le seguenti categorie di professionisti:

- i responsabili aziendali che trattano gli obiettivi di budget
- i medici specialisti ambulatoriali, i veterinari e le altre professioni sanitarie convenzionati interni
- tutti i RUP, DEC, e coloro i quali hanno la responsabilità nella gestione delle risorse indipendentemente dall'incarico ricoperto che ne hanno dato comunicazione.

La legge n. 190/2012 – in materia di Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione – ha introdotto anche misure *di prevenzione di carattere soggettivo, con le quali la tutela è anticipata al momento di individuazione degli organi che sono deputati a prendere decisioni e ad esercitare il potere nelle amministrazioni.*

Difatti l'art. 35 bis, inserito nell'ambito del D.lgs. n. 165/2001, prevede che:

*“1. Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:*

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

Inoltre il D.lgs. 39/2013 ha previsto un'apposita disciplina in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in Controllo pubblico, a norma dell'art. 1 commi 49 e 50 della Legge 190/2012.

Dirigenti della SC Risorse Umane, della SS Acquisizione Beni e Servizi e della SC Tecnico Patrimoniale, in base alle rispettive competenze, assicurano la verifica della sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intendono conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

- all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di commissioni di concorso;
- all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dall'art. 3 del D.lgs. n. 39/2013;
- all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35 bis del D.lgs. n. 165/2001.

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante acquisizione d'ufficio ovvero mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 (art. 20 d.lgs. n. 39/2013). Le relative verifiche devono essere effettuate sulla totalità dei casi.

In caso di violazione delle previsioni di inconferibilità, secondo l'art. 17 del D.lgs. n. 39, l'incarico è nullo e si applicano le sanzioni di cui all'art. 18 del medesimo decreto.

### **Contratti pubblici di lavori, servizi e forniture**

I Dirigenti delle Strutture interessate garantiscono e verificano gli adempimenti previsti relazionando, dettagliatamente, al RPC il 31 maggio ed il 30 novembre:

1. pubblicazione sul sito Aziendale di report periodici in cui siano rendicontati i contratti prorogati e i contratti affidati in via d'urgenza e le relative motivazioni;

2. obbligo, per rilevanti importi contrattuali, di puntuale comunicazione/informazione, da effettuarsi tempestivamente, nei confronti del RPC in caso di proroghe contrattuali o affidamenti d'urgenza;

3. sottoscrizione, da parte dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara, di dichiarazione in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto della gara, le dichiarazioni sono pubblicate sul sito Aziendale

4. obblighi di trasparenza/pubblicità delle nomine delle commissioni ed eventuali consulenti,

5. rilascio da parte dei commissari di gara di dichiarazione attestante:

- l'esatta tipologia di impiego/lavoro sia pubblico che privato svolto negli ultimi 5 anni
- di non svolgere o aver svolto 'alcun'altra funzione o incarico tecnico o amministrativo relativamente al contratto del cui affidamento si tratta' (art. 84 c.4 del Codice),
- \_ se professionista di essere iscritti in albi professionali da almeno 10 anni (art. 84 c.8 lett. A del Codice)

- di non aver concorso 'in qualità di membri delle commissioni giudicatrici, con dolo o colpa grave accertati in sede giurisdizionale con sentenza non sospesa, all'approvazioni di atti dichiarati illegittimi' (art. 84 c.6 del Codice),

- di non trovarsi in conflitto di interessi con riguardo ai dipendenti della stazione appaltante per rapporti di coniugio, parentela o affinità o pregressi rapporti professionali,

- assenza di cause di incompatibilità con riferimento ai concorrenti alla gara, tenuto anche conto delle cause di astensione di cui all'articolo 51 C.P.C. richiamato dall'art. 84 del Codice.

6. acquisizione da parte del RP, per le gare di importo più rilevante, di una specifica dichiarazione, sottoscritta da ciascun componente della commissione giudicatrice, attestante l'insussistenza di cause di incompatibilità con l'impresa aggiudicataria della gara e con l'impresa seconda classificata, avendo riguardo anche a possibili collegamenti soggettivi e/o di parentela con i componenti dei relativi organi amministrativi o societari, con riferimento agli ultimi 5 anni,

7. pubblicazione dei nominativi e della qualifica professionale dei componenti delle commissioni di gara,

8. pubblicazione sul sito Aziendale, per estratto, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito delle aggiudicazioni definitive,

9. formalizzazione e pubblicazione da parte di funzionari e dirigenti che hanno partecipato alla gestione di una procedura di gara di una dichiarazione attestante l'insussistenza di cause di incompatibilità con l'impresa aggiudicataria e con la seconda classificata, avendo riguardo anche a possibili collegamenti soggettivi e/o di parentela con i componenti dei relativi organi amministrativi o societari, con riferimento agli ultimi 5 anni,

10. definizione di un adeguato flusso di comunicazioni al fine di consentire al RP ed al RPC di avere tempestiva conoscenza sull'osservanza degli adempimenti in materia di sub-appalto, 11. effettuazione di un report periodico al fine di rendicontare le procedure di gara espletate e pubblicazione del medesimo sul sito Aziendale, 12. menzione nei verbali di gara delle specifiche cautele adottate a tutela dell'integrità e della conservazione delle buste contenenti l'offerta.

13. pubblicazione sul sito Aziendale e su quello dell'Osservatorio regionale dei contratti pubblici della programmazione annuale/pluriennale per acquisti, forniture e lavori,

14. effettuazione di un'adeguata valutazione della possibilità di ricorrere ad accordi quadro e verifica della presenza di convenzioni/accordi quadro già in essere, per servizi e forniture standardizzabili, nonché lavori di manutenzione ordinaria 15. controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati in ordine alle future scadenze contrattuali,

16. utilizzo di clausole standard con riguardo a garanzia a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici,

17. previsione nei bandi e/o negli avvisi e/o lettere di invito e/o nei capitolati di gara di una 'clausola risolutiva del contratto' a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nel Patto d'integrità,

18. predeterminazione, nelle principali determinazioni a contrarre (delibere di programmazione), dei criteri che saranno utilizzati per l'individuazione delle imprese da invitare,

19. pubblicazione della determina a contrarre ai sensi dell' art. 37 del D.lgs. N. 33/2013,

20. consultazione, nella maggior parte delle aggiudicazioni competitive ad evidenza pubblica ovvero affidamenti mediante cottimo fiduciario, di almeno 5 operatori economici anche per procedure di importo inferiore ad € 40.000,00,

21. accessibilità online di tutta la documentazione di gara e/o le informazioni complementari rese, per tutte le gare sopra soglia comunitaria e per tutte le RDO attivate sul MEPA,

22. indicazione nei verbali di gara, riferiti agli appalti di maggior importo, delle cautele adottate per la conservazione delle offerte tecniche da parte della Commissione Giudicatrice,

23. adozione, all'inizio di ciascun anno, di più atti deliberativi, riferiti agli acquisti da effettuarsi ai sensi dell'art. 36 del D.lgs. 50/2016 s.m.i.; nei predetti atti vengono indicate

le tipologie analitiche degli acquisti da effettuarsi nel corso dell'anno con specificazione anche delle modalità di acquisizione di prodotti 'urgenti',

24. pubblicazione del calendario delle sedute di gara,

25. indicazione, negli atti deliberativi di indicazione delle gare, della presenza o meno dell'oggetto della gara negli atti di programmazione,

26. indicazione del CIG negli atti deliberativi di indizione delle gare

27. indicazione, negli atti di indizione, dell'operatore economico affidatario del medesimo appalto immediatamente precedente alla procedura di selezione.

In data 1 luglio 2023 è entrato in vigore il nuovo codice degli appalti e pertanto, è stato predisposto un nuovo Regolamento aziendale in materia di acquisizione di beni e servizi sotto soglia comunitaria aggiornato al D.Lgs 36/2023, che è stato approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 906/2023

## ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE

La libera professione medica intramuraria è regolamentata da un complesso di norme legislative e contrattuali che la connotano quale diritto dei professionisti sanitari operanti nel Servizio Sanitario Nazionale ed opportunità per gli utenti dello stesso, che effettuano la scelta del medico dal quale ottenere prestazioni sanitarie a pagamento.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 639 del 31.07.2014 è stato adottato il Regolamento aziendale che disciplina la libera professione intramuraria, sulla base dell'atto di indirizzo regionale di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale 07.04.2014, n.372.

Dal 2018 il controllo, di II livello, volto a verificare che l'attività libero professionale venga svolta al di fuori del normale orario di servizio è stato effettuato su tutti i sanitari interessati. Qualsiasi irregolarità avrebbe comportato l'attivazione dell'iter previsto dalle normative vigenti.

Per quanto riguarda il controllo dei volumi questi sono stati fino ad oggi rilevati dal Controllo di gestione e dal CUP e, una volta analizzati dalla Direzione Sanitaria, sono trasmessi dapprima ai Direttori delle Strutture interessate e poi alla Commissione paritetica di garanzia dell'A.O.

Comunicati i risultati, le eventuali anomalie sono state immediatamente corrette, con adeguate misure, dai Direttori delle Strutture, ovvero questi hanno provveduto all'allineamento delle prestazioni intramurarie con quelle istituzionali o in alternativa con la cessazione di tutte le attività libero professionali.

Relativamente all'attività libero professionale, con Deliberazione del Direttore Generale del 20/12/2022 la Direzione Aziendale ha aggiornato la composizione del **Comitato Paritetico aziendale**, come organismo di promozione e verifica costituito in forma paritetica tra dirigenti sanitari, rappresentanti delle OO.SS., al fine di assicurare il corretto andamento dell'attività libero-professionale intramuraria

Con Deliberazione del Direttore Generale n.38 del 17/01/2024, avente ad oggetto "Istituzione **Ufficio ALPI** ed approvazione procedura operativa", la Direzione Aziendale ha inteso "*ottimizzare e monitorare il complesso sistema della gestione dell'attività libero professionale*", costituendo l'Ufficio ALPI "*per garantire un miglior coordinamento degli attori che partecipano al complessivo processo delle attività libero professionali di cui al Regolamento vigente*". Con la costituzione di questo ufficio, l'Azienda intende creare un'articolazione strutturata che abbia il compito di governare in maniera efficiente l'offerta libero professionale, nel pieno rispetto del regolamento aziendale, delle linee guida regionali e della normativa di settore in materia.

Rispetto all'attività erogata nell'anno 2022, sono state inoltre effettuate delle **verifiche a campione** dell'attività ALP relativamente alla situazione contrattuale, all'analisi delle agende e confronto tra attività programmata e attività svolta, rispetto degli orari e verifica timbrature, controllo rispondenza fatture rispetto alle tariffe autorizzate; l'esito è stato trasmesso alla Direzione Sanitaria con nota prot. n. 59041 del 13/10/2023).

### Comunicazione

Le iniziative a sostegno della diffusione della trasparenza si sostanziano in attività di promozione e di diffusione dei contenuti del Programma e dei dati pubblicati.

Di seguito gli strumenti/le iniziative:

- Sito *web* aziendale: esso rappresenta per l'Azienda il principale ed immediato strumento di comunicazione con l'esterno e fornisce utili informazioni sull'organizzazione e sulla gestione dell'Azienda, sulle sue strutture, sui servizi offerti e le relative modalità di accesso;

- Casella di posta elettronica aziendale: la cosiddetta E-mail aziendale costituisce lo strumento efficace, veloce e sicuro con cui l'Azienda può diffondere circolari, informazioni e notizie di interesse del personale;
- Carta dei servizi sanitari: è uno strumento che presenta le informazioni necessarie per accedere ai servizi erogati dall'Azienda e che illustra i diritti e i doveri dei cittadini;
- Opuscoli per il paziente: forniscono utili informazioni circa l'accesso alle strutture dell'Azienda ed ai servizi offerti;
- Inserti sanità sui quotidiani locali: periodicamente l'Azienda acquista pagine speciali dedicate alla sanità su quotidiani locali per promuovere nuovi servizi, pubblicizzare particolari iniziative, progetti di gruppi di lavoro di interesse della collettività;
- Indagini di *customer satisfaction*: strumento volto alla misurazione del grado di soddisfazione degli utenti in ordine ai servizi offerti dall'Azienda, per poi apportare i necessari miglioramenti;
- Formazione *ad hoc* dei dipendenti nella materia della trasparenza e dell'integrità.

## Monitoraggio e riesame

Il monitoraggio è un'attività fondamentale e continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio, mentre il riesame – con frequenza almeno annuale – è un'attività svolta ad intervalli programmati che riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso.

Il PNA 2022 sottolinea l'importanza del monitoraggio del PTPCT o della sezione apposita del PIAO, prevedendo una programmazione delle misure adottate con la cura di evidenziare:

- i processi e le attività oggetto del monitoraggio;
- la periodicità delle verifiche;
- le modalità di svolgimento della verifica.
- i controllori

Per chi adotta il PIAO, il monitoraggio della sezione dedicata alle misure di anticorruzione e trasparenza riguarda anche le misure della formazione e della rotazione eventualmente contenute in altre sezioni del PIAO stesso, anche grazie all'auspicato coordinamento fra il RPCT e chi si occupa più specificamente delle altre sezioni del PIAO, quali appunto quelle relative al capitale umano e allo sviluppo organizzativo.

Le risultanze del monitoraggio vanno utilizzate per la migliore programmazione delle misure del PTPCT o della sezione dedicata alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza del PIAO, secondo una logica sequenziale e ciclica che favorisca il continuo miglioramento del processo di gestione del rischio.

Infatti, come anche precisato nell'Allegato 1) al PNA 2019-2021, la logica sequenziale e ciclica con cui viene condotto il monitoraggio consente, in un'ottica migliorativa, di tener conto e ripartire dalle risultanze del ciclo precedente ed utilizzare l'esperienza acquisita per apportare i necessari ed opportuni aggiustamenti alla strategia di prevenzione adottata.

Attività diversa ma strettamente collegata al monitoraggio è poi l'attività di riesame periodico, volta a valutare il funzionamento del sistema di prevenzione della corruzione nel suo complesso, in una prospettiva più ampia. Ciò allo scopo anche di considerare eventuali ulteriori elementi che possano incidere sulla strategia di prevenzione della corruzione e ad indurre a modificare il sistema di gestione del rischio per migliorare i presidi adottati. I risultati dell'attività di monitoraggio sono, in ogni caso, utilizzati per effettuare il riesame.

Il riesame è un momento di confronto e dialogo tra i soggetti coinvolti nella programmazione dell'amministrazione, affinché vengano riesaminati i principali passaggi e risultati al fine di potenziare gli strumenti in atto ed eventualmente promuoverne di nuovi.

Il riesame deve riguardare tutte le fasi del processo di gestione del rischio al fine di poter individuare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio. Tale attività è coordinata dal RPCT ma è realizzata con il contributo metodologico degli organismi deputati all'attività di valutazione delle *performance* (OIV e organismi equivalenti) e/o delle strutture di vigilanza e *audit* interno. È opportuno che

tale attività abbia una frequenza almeno annuale per supportare la programmazione triennale delle misure di prevenzione della corruzione.

Proprio sulla base del rafforzamento del monitoraggio delle misure e della verifica condotta in sede di riesame del loro funzionamento complessivo, si può ottenere una semplificazione del sistema di prevenzione della corruzione, concentrando l'attenzione delle amministrazioni e degli enti sulle misure che sono valutate più adeguate ai rischi individuati, evitando al contempo di introdurne di nuove senza aver prima verificato l'adeguatezza di quelle già previste.

In sintesi, gli elementi essenziali contenuti nella parte dedicata al monitoraggio e al riesame sono i seguenti:

- il monitoraggio sull'attuazione delle misure;
- il monitoraggio sull'idoneità delle stesse al trattamento del rischio;
- sia per i soggetti tenuti all'adozione del PTPCT che del PIAO, il riesame periodico della funzionalità del sistema di gestione del rischio.

Il PNA 2022 riporta testualmente che *“l'attuazione del monitoraggio spetta:*

*nel monitoraggio di primo livello, ai referenti (se previsti) del RPCT o, in autovalutazione, ai responsabili degli uffici e dei servizi responsabili delle misure.*

*Il responsabile del monitoraggio di primo livello informa il RPCT sul se e come le misure di trattamento del rischio sono state attuate, dando atto anche di una valutazione dell'utilità delle stesse rispetto ai rischi corruttivi da contenere*

*Nel monitoraggio di secondo livello, l'attuazione è compito del RPCT, coadiuvato da una struttura di supporto e/o con il coinvolgimento degli altri organi con funzioni di controllo interno (internal audit), laddove presenti”*

Le misure di prevenzione della corruzione individuate/assegnate a ciascun Dirigente/Responsabile saranno oggetto di inclusione e valutazione ai fini del raggiungimento degli obiettivi assegnati nell'ambito del sistema aziendale di valutazione della performance.

Si allega Relazione annuale RPC (Allegato 1) e Mappatura dei processi (Allegato 2).

## **Trasparenza**

### LA TRASPARENZA AMMINISTRATIVA

L'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni adotta una serie di misure e promuove iniziative volte ad incentivare la cultura della trasparenza. In generale, l'attuazione della disciplina della trasparenza richiede una sinergia tra varie azioni: pubblicazione online dei dati sul sito internet dell'Azienda, svolgimento di attività più specificamente volte a diffondere la cultura della conoscibilità del dato amministrativo.

L'Azienda mette a disposizione degli utenti le informazioni che ritiene possano risultare loro utili, anche in misura ulteriore rispetto agli obblighi di legge e comunque conformemente alla disciplina sulla privacy. Inoltre, al fine di migliorare il servizio offerto, sono previsti strumenti di rilevazione dell'opinione degli utenti.

L'Azienda persegue la finalità di garantire la trasparenza come accessibilità totale mediante la pubblicazione nel proprio sito istituzionale, in apposita sezione di facile accesso e consultazione, denominata Amministrazione trasparente di dati ed informazioni necessarie a garantire la più ampia partecipazione degli utenti, con particolare riferimento a quelli la cui pubblicazione è richiesta per legge, raggruppati nelle sezioni e sottosezioni individuate dall'ANAC con delibera n. 1310 del 29/12/2016, e dagli aggiornamenti del PNA 2022 e 2023. Con specifica tabella allegata al presente Piano, sono individuate, per ogni singolo obbligo di pubblicazione indicato dall'Anac, le strutture tenute all'elaborazione e trasmissione dei dati, distinguendole da quelle - ove diverse - cui spetta la pubblicazione

dei dati, le tempistiche di monitoraggio per ogni singolo obbligo di pubblicazione e le strutture responsabili dello stesso.

Ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici, tenuto conto delle modifiche intervenute in materia con il nuovo Codice dei Contratti di cui al D.lgs. 36/2023, si rinvia alle indicazioni fornite dall'Anac con delibera n.264/2023, e ai successivi aggiornamenti alla stessa.

Da ultimo, si è tenuto conto delle modifiche legislative in materia di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture previste dal nuovo Codice dei Contratti di cui al D.Lgvo36/2023 che modificano di molto la disciplina sugli obblighi di pubblicazione.

La tabella pubblicata tiene conto dell'effettiva organizzazione esistente allo stato, sulla base della riorganizzazione allegata al presente documento per come attuata; pertanto, la stessa sarà modificata parallelamente all'attuazione della riorganizzazione. L'eventuale esigenza di aggiornamento e modifica di tale tabella in corso d'anno è disposta con provvedimento del Responsabile della Trasparenza, e comunicata agli organi di indirizzo in sede di relazione annuale.

\*\*\*

La disciplina sulla trasparenza nelle pubbliche amministrazioni è stata oggetto di penetranti interventi normativi. In particolare, in attuazione della delega contenuta nella l. n. 190/12, il Governo ha adottato il d.lgs. 14 marzo 2013 n. 33, recante il "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte della P.A.", in cui, nel ribadire che la trasparenza è intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, quale livello essenziale delle prestazioni ai sensi dell'art. 117 della Costituzione, è stato evidenziato che essa è finalizzata alla realizzazione di un'amministrazione aperta e al servizio del cittadino, ( art 1, comma 2, d.lgs. n.33/2013).

La trasparenza rappresenta uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione e per l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa.

Essa, infatti, consente:

- la conoscenza del responsabile per ciascun procedimento amministrativo; ➤ la conoscenza dei presupposti per l'avvio e lo svolgimento del procedimento e, se ci sono blocchi anomali dello stesso;
- la conoscenza del modo in cui le risorse pubbliche sono impiegate e se l'utilizzo di tali risorse è deviato verso finalità improprie.

Come noto, infatti, la legge anticorruzione recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", ha fatto del principio di trasparenza uno degli assi portanti delle politiche di prevenzione della corruzione, prevedendo l'obbligo dell'elaborazione da parte delle amministrazioni pubbliche di un Piano Triennale di prevenzione della corruzione. Successivamente, con il decreto n. 33/13 attuativo della legge 190, il Governo ha provveduto a consolidare l'idea della trasparenza intesa come accesso alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, al fine di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche, promuovendo la partecipazione del cittadino al dibattito politico. E' emerso, allora, con chiarezza, che la trasparenza non è da considerare un fine, ma uno strumento per avere una P.A. che operi con etica ed in modo efficiente ed economico.

#### *Accesso agli atti della Pubblica Amministrazione*

Tale provvedimento ha complessivamente operato una sistemazione dei principali obblighi di pubblicazione vigenti, introducendone anche di nuovi ed ha disciplinato per la prima volta l'istituto dell'"accesso civico", (art 5, d.lgs. n. 33/2013).

Successivamente, con il d.lgs. n. 97/16 attuativo della riforma Madia, sono stati apportati al decreto sulla trasparenza importanti modifiche, tanto che al termine della riforma è mutata la rubrica del d.lgs. n. 33/13 in “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni” in luogo del precedente titolo “ Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”.

L’art 2 del d.lgs. n. 97/16 nel novellare l’ art 1 c. 1 del D.lgs. n. 33/13 ha modificato la nozione generale di “trasparenza” intesa ora come “accessibilità totale ai dati ed ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni” (e non più semplicemente come accessibilità totale alle informazioni relative all’ organizzazione e all’ attività delle pubbliche amministrazioni), perciò volta non solo a favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull’ utilizzo delle risorse pubbliche, ma anche a tutelare i diritti dei cittadini e promuovere la partecipazione degli interessati all’ attività amministrativa.

L’ art 2 novellato individua in maniera più dettagliata l’oggetto del decreto legislativo riferendosi alla libertà di accesso ai dati e ai documenti detenuti sia dalle PP. AA., sia dagli enti pubblici e dalle società controllate o partecipate da amministrazioni pubbliche, come meglio specificato dall’ art 2 bis. Tale diritto può essere esercitato da “chiunque”, ma tale libertà trova un limite nella tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, attraverso due strumenti: “la pubblicazione obbligatoria dei documenti della P.A. relativa alla propria organizzazione e attività e l’accesso civico”, nella duplice accezione sia di diritto di accedere ai documenti che le amministrazioni pubbliche hanno omesso di pubblicare nonostante fossero obbligate per legge cd. “accesso civico semplice” disciplinato dall’ art 5 c. 1 d.lgs. n. 33/13, sia di diritto di informazione generalizzata su tutti gli atti anche quelli non sottoposti a pubblicazione obbligatoria, pur nei limiti di cui agli artt. 5 bis, d.lgs. n. 33/13, c.d. accesso civico generalizzato disciplinato al c. 2 dell’art 5.

L’ accesso generalizzato non sostituisce l’accesso civico “semplice”, ma si tratta di diritti di accesso destinati a muoversi su binari differenti. L’ art 2 bis del d.lgs. n. 33/13, introdotto dal d.lgs. n. 97/16 ha poi, di fatto, ridefinito l’ambito soggettivo di applicazione della disciplina sulla trasparenza rispetto a quanto era, in passato, contemplato dall’ ormai abrogato articolo 11 del d.lgs. n. 33/13.

Al fine di operare una generale ricognizione dell’ambito soggettivo ed oggettivo degli obblighi di trasparenza, l’ANAC è intervenuta con una linea guida approvata con delibera n. 1310 del 28 dicembre 2016, sostitutiva della delibera n. 50/2013 e con la delibera n. 1309 sempre del 28 dicembre 2016, relativa all’accesso civico.

La delibera n. 1310/16 si sofferma su tre aspetti fondamentali andando a sigillare quanto previsto dal legislatore in termini di necessario aggancio tra il PTPCT e i documenti programmatici e, di riflesso, il contenuto oggi necessario che il PTPCT di un Ente deve recare per evitare di incorrere in sanzione (obiettivi strategici - nominativi dei soggetti responsabili della comunicazione e pubblicazione dei dati, documenti o informazioni); la modifica, poi degli obblighi di pubblicazione e quindi di alcuni articoli del d.lgs. n. 33/13 e le sanzioni per mancato adempimento agli obblighi di pubblicazione.

La delibera n. 1309/16, invece, si sofferma su un elemento importante della riforma tale da indurre le amministrazioni a modificare organizzazione e comportamenti, consiste nel c.d. ampliamento dei casi di ricorso all’accesso civico, oggi inteso nella duplice veste di “ accesso semplice”, che consente a chiunque di richiedere ad un Ente la pubblicazione di un atto, oggetto di pubblicazione obbligatoria, ma in realtà non pubblicato e di “ accesso civico generalizzato” inteso come accessibilità totale non solo ad informazioni, ma anche a dati e documenti detenuti da un pubblica amministrazione fermo restando i limiti degli interessi pubblici o privati , indicati nell’ art 5 bis, che richiedono un bilanciamento con il c.d. diritto alla conoscibilità che oggi alla luce del d.lgs. n. 97/16 merita di essere tutelato. Viene, inoltre,

dettata una disciplina puntuale per tutelare eventuali controinteressati, cioè coloro che potrebbero subire un pregiudizio dall'accesso a:

- dati personali
- corrispondenza
- interessi economici, commerciali, diritti d'autore.

Il legislatore, però, non ha modificato la L. n. 241/90 sull'accesso agli atti amministrativi, per cui convivono 3 tipologie di accesso che necessitano di trovare una loro dimensione. Nei paragrafi 2.2. e 2.3 delle Linee Guida (deliberazione ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016) l'Autorità anticorruzione ha fissato le differenze tra accesso civico semplice, accesso civico generalizzato ed accesso documentale ex legge 241/1990. L'accesso civico semplice è attivabile per atti, documenti e informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria e “costituisce un rimedio alla mancata osservanza degli obblighi di pubblicazione imposti dalla legge, sovrapponendo al dovere di pubblicazione, il diritto del privato di accedere ai documenti, dati e informazioni interessati dall'inadempienza” (ANAC deliberazione 1309/2016 pag. 6). Al contrario, l'accesso generalizzato “si delinea come affatto autonomo ed indipendente da presupposti obblighi di pubblicazione e come espressione, invece, di una libertà che incontra, quali unici limiti, da una parte, il rispetto della tutela degli interessi pubblici o privati indicati all'art. 5 bis, commi 1 e 2, e dall'altra, il rispetto delle norme che prevedono specifiche esclusioni (art. 5 bis, comma 3)”. L'ANAC sostiene che l'accesso generalizzato debba essere tenuto distinto dalla disciplina dell'accesso “documentale” di cui agli articoli 22 e seguenti della legge sul procedimento amministrativo. La finalità dell'accesso documentale è ben differente da quella dell'accesso generalizzato: è quella di porre “i soggetti interessati in grado di esercitare al meglio le facoltà - partecipative o oppositive e difensive – che l'ordinamento attribuisce loro a tutela delle posizioni giuridiche qualificate di cui sono titolari”. Infatti, dal punto di vista soggettivo, il richiedente deve dimostrare di essere titolare di un “interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso”. Inoltre, se la legge 241/1990 esclude perentoriamente l'utilizzo del diritto d'accesso documentale per sottoporre l'amministrazione a un controllo generalizzato, l'accesso generalizzato, al contrario, è riconosciuto dal legislatore proprio “allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico”. Ne deriva che, l'accesso agli atti di cui alla l. 241/1990 continua certamente a sussistere, ma parallelamente all'accesso civico (generalizzato e non), operando sulla base di norme e presupposti diversi” (ANAC deliberazione 1309/2016 pag. 7). Nel caso dell'accesso documentale della legge 241/1990 la tutela può consentire “un accesso più in profondità a dati pertinenti”, mentre nel caso dell'accesso generalizzato le esigenze di controllo diffuso del cittadino possono “consentire un accesso meno in profondità (se del caso, in relazione all'operatività dei limiti) ma più esteso, avendo presente che l'accesso in questo caso comporta, di fatto, una larga conoscibilità (e diffusione) di dati, documenti e informazioni”. L'AO Santa Maria di Terni ha adottato un Regolamento per l'accesso agli atti.

#### *Misure per garantire l'efficacia dell'istituto dell'accesso civico*

Con l'accesso civico è stata riconosciuta la partecipazione e la collaborazione diretta del cittadino-utente. L'attivazione di questo strumento di tutela diffusa non richiedeva una motivazione, era gratuita e non presupponeva una situazione legittimante in capo all'istante. L'amministrazione era tenuta a rispondere entro 30 giorni e a procedere alla pubblicazione sul sito di quanto richiesto, con evidente beneficio non solo per il richiedente, ma anche per l'intera collettività. Oggi, invece, a seguito della riforma ad opera dell'art 6 del precitato d.lgs. n. 97/16 e, in considerazione dell'obiettivo del c.d. FOIA, ovvero, quello di consentire l'accesso ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni per i quali non vi fosse l'obbligo della pubblicazione, è consentito “a chiunque senza motivazione di accedere ai dati e documenti

detenuti dalle amministrazioni pubbliche, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione”, (art 5 c. 2, d.lgs. n. 33/13). Il primo elemento da cogliere è che l’accesso civico non ha più solo come presupposto l’inadempimento degli obblighi di pubblicazione, ma è utilizzabile da chiunque senza motivazione sui dati e sui documenti detenuti dalla P.A. ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria.

Il Consiglio di Stato ha, al riguardo, parlato di trasparenza di tipo “reattivo” alle istanze di conoscenza avanzate dagli interessati, che si aggiunge a una trasparenza di tipo “proattivo” realizzata grazie alla pubblicazione sui siti istituzionali dei documenti, informazioni e dati indicati dalla legge. In coerenza con il quadro normativo, il diritto di accesso civico c.d. generalizzato non richiede una situazione legittimante in capo all’istante e non richiede una motivazione oltre ad essere gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall’amministrazione per la riproduzione su supporti materiali (c.d. diritti di segreteria). Ai sensi del c. 3 del medesimo articolo, l’istanza può essere trasmessa per via telematica e le istanze presentate per via telematica sono valide se:

- sottoscritte mediante firma digitale
- l’istante è identificato attraverso il sistema pubblico di identità digitale, nonché carta di identità elettronica
- sono state sottoscritte e presentate unitamente alla copia del documento di identità
- trasmesse dall’istante mediante la propria PEC

Resta salva la possibilità di presentare l’istanza anche a mezzo posta, fax o direttamente presso i seguenti uffici:

- all’ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti;
- all’ufficio relazioni con il pubblico o ad altro ufficio indicato dall’amministrazione nella sezione “Amministrazione-Trasparente” del sito istituzionale;
- al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, ove l’istanza abbia ad oggetto dati, documenti, informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria in base al d.lgs. n. 33/13. Obbligo di risposta della P.A.

Nell’ottica di un necessario coordinamento tra la disciplina sulla trasparenza e la nuova disciplina introdotta dal GDPR n. 679/16, merita di essere richiamata la circolare n. 2/2017 del Dipartimento della funzione pubblica che ha introdotto, rispetto alle istanze di accesso civico generalizzato il c.d. principio di ragionevolezza, invitando, l’ente a fare una valutazione dell’istanza che arriva alla luce dei seguenti aspetti:

1. L’eventuale attività di elaborazione (ad es. oscuramento di dati personali) che l’amministrazione dovrebbe svolgere per renderle disponibili;
2. Le risorse che occorrerebbe impiegare per soddisfare la richiesta, da quantificare in rapporto al numero di ore di lavoro per unità personale;
3. La rilevanza dell’interesse conoscitivo che la richiesta mira a soddisfare. Sempre in tale contesto giova richiamare la circolare n. 1/2019 del Ministro della pubblica amministrazione che è, invece, entrata nel merito di alcune lacune del decreto sulla trasparenza, in particolare l’ipotesi di un mancato coinvolgimento dei c.d. contro-interessati nel procedimento relativo alla istanza di accesso pervenuta all’ente. La circolare ha, infatti, chiarito che l’integrazione del contraddittorio può avvenire solo in sede di riesame comunicando ai contro-interessati l’avvio del procedimento ai sensi dell’art 7, l. n. 241/90 e che tale richiesta di riesame deve avvenire entro 30 giorni dalla decisione data dall’ente sulla prima istanza, termine che si ricava dalla legge del ’71 sui ricorsi amministrativi. Balza agli occhi, infine, sempre nella circolare n. 1/2019, l’obbligatorietà della nomina del

c.d. Responsabile della transizione digitale, cioè di colui (soggetto interno all' ente), che dovrà aiutare l'Azienda Ospedaliera nel processo di informatizzazione.

### *“Dati aperti e riutilizzo”*

Il d.lgs. n. 97/16 non ha modificato il contenuto dell'art 7 del decreto sulla trasparenza; per cui la disposizione continua ad obbligare le PP.AA. a rendere pubblici secondo il paradigma dei “dati aperti” ed a “riutilizzare” documenti, dati ed informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria e di accesso civico.

La disposizione anche se formalmente è la stessa del decreto originario, richiama in larga parte riferimenti normativi interni ed esterni al d.lgs. n. 33/13, che, invece, hanno subito delle modifiche rilevanti nel corso di questi ultimi anni. Da un lato, l'accesso civico è stato profondamente modificato, dall'altro, il d.lgs. n. 102/15 emanato in attuazione della direttiva europea sul riutilizzo dell' informazione nel settore pubblico, ha apportato delle modifiche rilevanti alle altre 2 disposizioni richiamate nell' art 7: l' art 68 del codice dell'amministrazione digitale, nella parte in cui declina la nozione di dato aperto e gran parte della disciplina italiana sul riutilizzo dei dati contenuta nel d.lgs. n. 36/06, adattata alle nuove previsioni della direttiva 2013/37/UE. E' utile, anche per comprendere il contesto giuridico culturale in cui si inserisce l'art 7, distinguere due concetti vicini, ma diversi. Nella disciplina sul riutilizzo dei dati pubblici europea e nella sua declinazione italiana, prevale la gestione proprietaria dei dati, intesa alla loro valorizzazione economica e commerciale. Ne deriva che le PP.AA. hanno ampi margini di discrezionalità sull' an (se permettere o meno il riutilizzo), sul quantum (quali e quanti dati), sul quomodo (attraverso la commercializzazione diretta o strumenti di copyright pubblico, come la predisposizione di licenze) nel rilascio di dati e informazioni.

Quando parliamo di dati aperti, invece, facciamo riferimento a tipologie di dati che chiunque può utilizzare, riutilizzare e diffondere. In tal caso però, la P.A. non assume un atteggiamento “proprietario” nei confronti dei dati, ma i dati e le informazioni in suo possesso, per le loro caratteristiche intrinseche e per le loro modalità di raccolta sono considerati beni comuni. Ne deriva che gli scopi che vengono perseguiti con gli open data, non sono di valorizzazione economica e commerciale, ma la garanzia di una maggiore trasparenza amministrativa e la circolazione libera dei dati, informazioni per una maggiore conoscenza collettiva degli stessi. La complementarità tra dati aperti, trasparenza e il rapporto tra quest'ultima e il riutilizzo dei dati e delle informazioni pubbliche costituisce la ratio che ha portato il legislatore a prevedere un articolo come l'art 7 e mette in evidenza come la trasparenza non sia più solo sinonimo di prevenzione della corruzione attraverso un controllo sull' operato dell'ente, ma tende alla circolazione e diffusione dei dati e delle informazioni attraverso una nuova conoscenza collettiva. Per comprendere la portata innovativa del decreto n. 33/13 bisogna leggere l'art 7 insieme con l'art 3, dal momento che il combinato disposto dell'art 3 e art 7 apporta un primo rilevante cambiamento: la trasformazione del riutilizzo da una facoltà discrezionale in capo alle PP.AA. ad un vero diritto in capo a tutti i cittadini. N.B. - Sia l'art 52 del CAD che la disciplina sul riutilizzo contenuta nel d.lgs. n. 36/06 avevano declinato il riutilizzo come una mera facoltà in capo alla P.A., verso la quale il cittadino poteva far valere solo un interesse di mero fatto. L'art 52 del d.lgs. n. 82/05 prevede solo l'obbligo di pubblicare i dati e i documenti che le PP.AA. scelgono discrezionalmente di pubblicare nel proprio sito come dati aperti; anche se si allarga lo sguardo ai diritti digitali (art 3-11) non è previsto alcun diritto al riutilizzo per il cittadino. Allo stesso modo, il d.lgs. n. 36/06 non disciplina alcun diritto al riutilizzo, neanche dopo le modifiche apportate dal d.lgs. n. 102/15 che ha dato attuazione alla nuova direttiva sul riutilizzo delle informazioni nel settore pubblico. L'art 3 del Decreto Trasparenza, invece, prevedendo il diritto in capo a chiunque di conoscere documenti, dati e informazioni pubbliche oggetto di pubblicazione obbliga di accesso civico semplice, ha previsto il diritto di fruire gratuitamente, utilizzare e riutilizzare dati, documenti e informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria e di accesso civico, secondo le disposizioni dell'art 7. Sono soggetti al riutilizzo e vanno pubblicati come dati aperti, tutti i documenti, dati e informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria, ma anche quei dati ulteriori accessibili ex art 5 c. 2 vanno considerati come potenzialmente riutilizzabili. Ciò in quanto la norma fa riferimento in

generale all'art 5 del d.lgs. n. 33/13, per cui sia all'accesso civico "semplice" che "generalizzato". N.B. - La scelta del legislatore, quindi sembra essere quella di legare il diritto al riutilizzo principalmente agli obblighi di pubblicità, ma anche al regime dell'accesso civico generalizzato. Inoltre, siccome l'art 7 afferma che "i documenti, i dati e le informazioni oggetto di pubblicazione e di accesso civico ai sensi del c. 2 dell'art 5, possono essere riutilizzati secondo le disposizioni del D.lgs. n. 36/06, per delineare l'ambito oggettivo della norma, occorre tener presente anche questo decreto. La disciplina italiana sulla falsariga di quella europea, fa riferimento però, solo ai documenti detenuti dalle PP.AA. e non ai dati, a differenza del d.lgs. n. 33/13. Il nuovo art 3 del d.lgs. n. 36/06 elenca una serie di documenti a cui non si applica la disciplina sul riutilizzo. Oltre ad alcune tipologie di documenti, la disciplina tende ad escludere il riutilizzo in presenza di documenti e dati la cui diffusione potrebbe ledere interessi pubblici e privati protetti dal nostro ordinamento. Il decreto trasparenza sembra consentire, almeno astrattamente il riutilizzo anche di dati personali (tranne di quelli sensibili o giudiziari), oggetto di pubblicazione obbligatoria con le eccezioni di cui all'art 7 bis, dal momento che questi dati sono volutamente compresi nei dati da rendere disponibili e da pubblicare obbligatoriamente e quindi sono dati conoscibili da chiunque. Sul punto, il c. 2 dell'art 7 bis sottolinea come la finalità di trasparenza, sottesa alla pubblicazione obbligatoria sui siti istituzionali, costituisca finalità di rilevante interesse pubblico, compatibile con la disciplina sulla protezione dei dati personali. Non possono, invece, essere riutilizzati, i dati personali che non sono oggetto di pubblicazione obbligatoria, dal momento che sia l'art 7 bis che l'art 5 bis sottolineano come i dati personali non possono essere oggetto di pubblicazione libera sui siti web istituzionali né di accesso civico generalizzato e, per tali motivi, i dati personali possono essere riutilizzati solo se oggetto di pubblicazione obbligatoria e con la copertura del 7 bis, in quanto a prescindere dalla finalità particolare per la quale i dati sono stati raccolti, la loro pubblicazione come dati aperti ai fini della trasparenza costituisce, integra la finalità del trattamento.

E' interessante notare come il Legislatore, da un lato, abbia reso possibile il riutilizzo dei dati personali oggetto di pubblicazione ai sensi del d.lgs. n. 33/13, dall'altro, abbia escluso il riutilizzo dei dati personali che sono stati pubblicati come dati aperti all' interno dei siti web delle PP.AA. senza nessun obbligo normativo, ma ai sensi dell'art 52 c. 2 del CAD. Alla pubblicazione come dati aperti ai sensi dell'art 68, infatti, sono soggetti tutti i dati e documenti pubblicati sui siti web delle PP.AA. al di là del fatto che questi possono essere anche oggetto di un obbligo di pubblicazione in base al decreto sulla trasparenza. L' art 52 c. 2 CAD, stabilisce che i dati e i documenti che le PP.AA. titolari pubblicano con qualsiasi modalità, senza l'espressa e motivata adozione di una licenza, ai sensi del d.lgs. n. 36/06, si intendono rilasciati come dati di tipo aperto, in base all' art 68 c. 3 CAD. A conferma di tutto il discorso fatto, va segnalato che il d.lgs. n. 102/2015 ha ristretto il numero dei dati personali pubblicati come dati aperti, affermando che l'art 68 CAD non si applica se la pubblicazione riguarda dati personali. In questo modo, gli unici dati personali riutilizzabili, proprio perchè pubblicati come dati aperti, saranno quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria in base al d.lgs. n. 33/13. Con queste modifiche, il legislatore ha dato una certa coerenza alla disciplina sul riutilizzo dei dati personali, possibile solo con la copertura dell'art 7 bis c. 2 del d.lgs. n. 33/13.

#### *La trasparenza nel settore sanitario: gli obblighi di pubblicazione ricadenti sull' Azienda Ospedaliera*

Nell'ambito del capo V del d.lgs. n. 33/13 avente ad oggetto gli obblighi di pubblicazione in settori speciali, l'art. 41 è dedicato a garantire l'attuazione del principio generale di trasparenza da parte delle amministrazioni e degli enti sanitari.

Nell'ambito del Servizio Sanitario, la trasparenza presenta, infatti, una finalità ulteriore rispetto al controllo del perseguimento delle funzioni istituzionali e sull' utilizzo delle risorse pubbliche, costituendo strumento essenziale per una maggiore consapevolezza e responsabilità individuale e sociale del cittadino al momento della scelta delle modalità e delle condizioni di accesso allo stesso servizio e strumento di attuazione concreta dei principi di uguaglianza su cui di fonda il Sistema Sanitario pubblico. Per tali

motivi, la promozione della trasparenza costituisce un obiettivo cruciale nel settore sanitario in considerazione del divario che, prima dell'introduzione della nuova normativa in materia di trasparenza, si registrava tra l'enunciazione dei diritti di informazione e partecipazione e dei cittadini, contenuta nell'art 14 del d.lgs. n. 502/92 e la loro concreta attuazione.

### *Qualità dei dati pubblicati*

Ai fini della pubblicazione dei dati, i responsabili sono tenuti all'osservanza dei criteri di qualità delle informazioni da pubblicare sui siti istituzionali ai sensi dell'art. 6, comma 1, del d.lgs. 33/2013 e ss.mm.ii., così come richiamati nelle Linee Guida ANAC, e precisamente:

A) Integrità - insieme delle caratteristiche di un documento informatico che ne dichiarano la qualità di essere completo ed inalterato (*ex* DPCM 13 novembre 2014, allegato 1).

B) Costante aggiornamento – Dapprima si rileva la necessità che per ogni dato, o categoria di dati, sia indicata, in corrispondenza di ciascun contenuto, la data di pubblicazione e, conseguentemente, la data di aggiornamento, distinguendo quella di “iniziale” pubblicazione da quella del successivo aggiornamento.

Si focalizza, in particolare, l'attenzione – così come segnalato da ANAC - sul significato del termine aggiornamento in base al quale 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 strutture/soggetti preposti all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione sono dunque tenuti a controllare l'attualità delle informazioni pubblicate e a modificarle, ove necessario, anche nei casi in cui l'interessato ne richieda l'aggiornamento, la rettifica e/o l'integrazione ai sensi dell'art. 7, co. 3, lett. a) del D.Lgs. 196/2003.

Al fine di rendere verificabile il controllo effettuato dalle strutture/soggetti preposti sull'attualità delle informazioni pubblicate, ANAC evidenzia la necessità che in ogni pagina della sezione “Amministrazione Trasparente” venga indicata la relativa data di aggiornamento. Al riguardo, si indicano le seguenti 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;

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;

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

d) Aggiornamento tempestivo, per i dati che è indispensabile siano pubblicati nell'immediatezza della loro adozione (e comunque entro il termine di 30 giorni).

(In relazione agli aspetti trattati nel presente punto cfr. determinazione ANAC 50/2013, allegato 2, paragrafo 2, e determinazione ANAC 1310/2016, Parte prima, paragrafo 3).

C) Completezza - in coerenza con quanto stabilito dalla determinazione ANAC 50/2013, all'allegato 2, paragrafo 1, un dato è da ritenersi pubblicato in maniera completa se la pubblicazione è esatta, accurata e riferita a tutti gli uffici. Per quanto concerne l'esattezza, quest'ultima è da intendersi riferibile alla capacità del dato di rappresentare correttamente il fenomeno che intende descrivere. L'accuratezza, invece, indica la capacità del dato di riportare tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative.

D) Tempestività - l'art. 8, comma 1, del D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii. stabilisce che i documenti contenenti dati oggetto di pubblicazione obbligatoria nei termini di legge vengano pubblicati tempestivamente sul sito istituzionale dell'Amministrazione, intendendosi, in tal senso, il rispetto del termine di trenta giorni;

E) Semplicità di consultazione/F) Comprensibilità - al fine di rendere il dato maggiormente comprensibile e di semplice consultazione si consiglia la rappresentazione dello stesso, ove possibile, in tabelle. In ogni caso, si segnala che l'utilizzo di tabelle è obbligatorio laddove previsto nel PTPCT;

G) Omogeneità – sulla base delle definizioni fornite con l'allegato 1 al DPCM 13 novembre 2014, al fine di favorire una maggior comprensibilità dei dati pubblicati, si richiama l'attenzione sulla necessità di aggregare ed organizzare i medesimi per aree e categorie omogenee, attraverso una gestione unitaria e coordinata delle attività di pubblicazione all'interno delle strutture;

H) Facile accessibilità – in aderenza ai principi contenuti nella Legge 9 gennaio 2004, n. 9 e ss.mm.ii., nel D.Lgs. del 7 marzo 2005, n. 82 e ss.mm.ii., nel Decreto 20 marzo 2013 del Ministero dell'Università e della Ricerca e nella Circolare n. 61/2013 dell'Agenzia per l'Italia Digitale, è opportuno che i dati pubblicati possano essere facilmente fruiti e trasformati secondo le necessità dell'utenza, senza che si verifichino ingiustificati disagi o vincoli al momento dell'accesso ai dati stessi;

I) Conformità ai documenti originali – si richiamano, al riguardo, i principi indicati dalle Linee Guida (maggio 2016) dell'Agenzia per l'Italia Digitale, in materia di pubblicità legale dei documenti e sulla conservazione dei siti web delle P.A., evidenziando la necessità di assicurare che i dati mantengano i requisiti di autenticità, inalterabilità ed immutabilità rispetto ai documenti originali in possesso delle strutture/soggetti preposti all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione;

J) Indicazione della provenienza – E' necessario che sia sempre tracciabile la riconducibilità dei dati alla titolarità delle strutture/soggetti preposti all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione;

K) Riutilizzabilità – in osservanza delle disposizioni contenute nel D.Lgs. 82/2005 e ss.mm.ii. (e con specifico riferimento ai DPCM attuativi del 3.12.2013 disciplinanti regole tecniche per il Protocollo Informatico e per il sistema di conservazione documentale), nonché nel D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii. e nelle determinazioni ANAC 50/2013 (allegato 2) e 1310/2016, sono da intendersi dati in formato aperto quelli che presentano le seguenti caratteristiche:

- sono disponibili secondo i termini di una licenza che ne permetta l'utilizzo da parte di chiunque, anche per finalità commerciali, in formato disaggregato;
- sono accessibili attraverso le tecnologie dell'informazione e della comunicazione, ivi comprese le reti telematiche pubbliche e private, in formati aperti, sono adatti all'utilizzo automatico da parte di programmi per elaboratori e sono provvisti dei relativi metadati;
- sono resi disponibili gratuitamente attraverso le tecnologie dell'informazione e della comunicazione, ivi comprese le reti telematiche pubbliche e private, oppure sono resi disponibili ai costi marginali sostenuti per la loro riproduzione e divulgazione.

Al riguardo, ANAC evidenzia che l'Agenzia per l'Italia Digitale aggiorna, con periodicità almeno annuale, un repertorio dei formati aperti utilizzabili dalle pubbliche amministrazioni. Da tale repertorio sono, appunto, esclusi i formati proprietari, in sostituzione dei quali è possibile utilizzare sia *software Open Source* (quali ad esempio *Open Office*) sia formati aperti (quali ad esempio, *rtf* per i documenti di testo e *csv* per i fogli di calcolo). Per un costante aggiornamento sull'argomento, si invitano, pertanto le strutture/soggetti preposti all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione a fare costante riferimento al citato repertorio dell'Agenzia per l'Italia Digitale.

Per quanto concerne il pdf – formato proprietario il cui *reader* è disponibile gratuitamente, se ne suggerisce l'impiego esclusivamente nelle versioni che consentano l'archiviazione a lungo termine e indipendenti dal software utilizzato (ad esempio: il formato pdf/A i cui dati sono elaborabili, mentre il ricorso al pdf in formato immagine utilizzato per la scansione dei documenti cartacei non assicura che le informazioni siano elaborabili).

#### *Decorrenza e durata dell'obbligo di pubblicazione*

In ordine alla decorrenza e durata degli obblighi di pubblicazione, viene operato espresso riferimento oltre che alle disposizioni di legge di cui al D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii, alle relative indicazioni contenute sul punto nelle Linee guida ANAC 1310/2016.

Al riguardo, la durata ordinaria della pubblicazione rimane fissata in cinque anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione (come previsto all'art. 8, comma 3, del D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.), fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa per specifici obblighi (come previsto all'art. 14, co. 2 e art. 15 co. 4, del D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.) nonché quanto già stabilito

in materia di tutela dei dati personali e sulla durata della pubblicazione collegata agli effetti degli atti pubblicati.

Trascorso il quinquennio o i diversi termini sopra richiamati, gli atti, i dati e le informazioni non devono essere conservati nella sezione archivio del sito web aziendale. Decorsi i predetti termini, la trasparenza viene assicurata mediante la possibilità di presentare l'istanza di accesso civico di cui all'art. 5 della citata norma.

E', altresì, prevista la possibilità che ANAC, anche su proposta del Garante per la protezione dei dati personali, fissi una durata di pubblicazione inferiore al quinquennio basandosi su una valutazione del rischio corruttivo, nonché delle esigenze di semplificazione e delle richieste di accesso presentate (ex art. 8, comma 3, del D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.).

## MONITORAGGIO E CONTROLLO

I Dirigenti ed i Responsabili, effettuano il costante monitoraggio e controllo di primo livello su tutte le attività previste dalla presente procedura e sulla completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate, riferendo tempestivamente, con una nota al RPCT, sulle non conformità riscontrate che non possono essere risolte in autonomia e sulle eventuali modifiche organizzative o procedurali che richiedono una revisione degli obblighi di competenza.

Il monitoraggio di primo livello è effettuato utilizzando la seguente scheda di monitoraggio

Tabella di programmazione - Trasparenza				
misura	attuazione	responsabili	tempi	strumento
trasparenza	Garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge	Dirigenti dei Dipartimenti/Uffici	Costante, nel triennio di riferimento, nel rispetto dei termini previsti dalla delibera ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016 e dall'allegato al PTPCT 2022 – 2024	entro il 10 novembre, trasmettere: Report di monitoraggio sull'attuazione della misura al 31 ottobre composto da: - Griglia di rilevazione sul rispetto degli obblighi - Scheda di Sintesi delle criticità - Documento di Attestazione
	Monitoraggio sulla corretta e completa pubblicazione dei dati di rispettiva competenza	Referenti	Costante, nel triennio di riferimento	
	Analisi dati monitoraggio – periodo 1 novembre anno precedente/31 ottobre anno di riferimento – e redazione documento da trasmettere al Responsabile		Annualmente, nel triennio di riferimento	

	<p>Monitoraggio sulla corretta e compiuta trattazione delle richieste pervenute ai sensi dell'art. 5, comma 2, d.lgs. 33/2013 (accesso civico "generalizzato")</p>		<p>Costante, nel triennio di riferimento</p>	<p>entro il 10 novembre, trasmettere Report sull'adempimento connesso alle richieste di accesso civico "generalizzato"</p>
	<p>Analisi dati monitoraggio – periodo 1 novembre anno precedente/31 ottobre anno di riferimento – sulla trattazione delle richieste di accesso civico generalizzato. Redazione documento da trasmettere al Responsabile</p>		<p>Annualmente, nel triennio di riferimento</p>	

Il RPCT, effettua il monitoraggio di secondo livello, almeno semestrale, sulla completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate richiedendo ai Dirigenti/Responsabili di relazionare sullo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione.

Il RPCT, effettua il controllo a campione di secondo livello sulla completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate, acquisendo dai Dirigenti/Responsabili documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" a supporto o tramite audit.

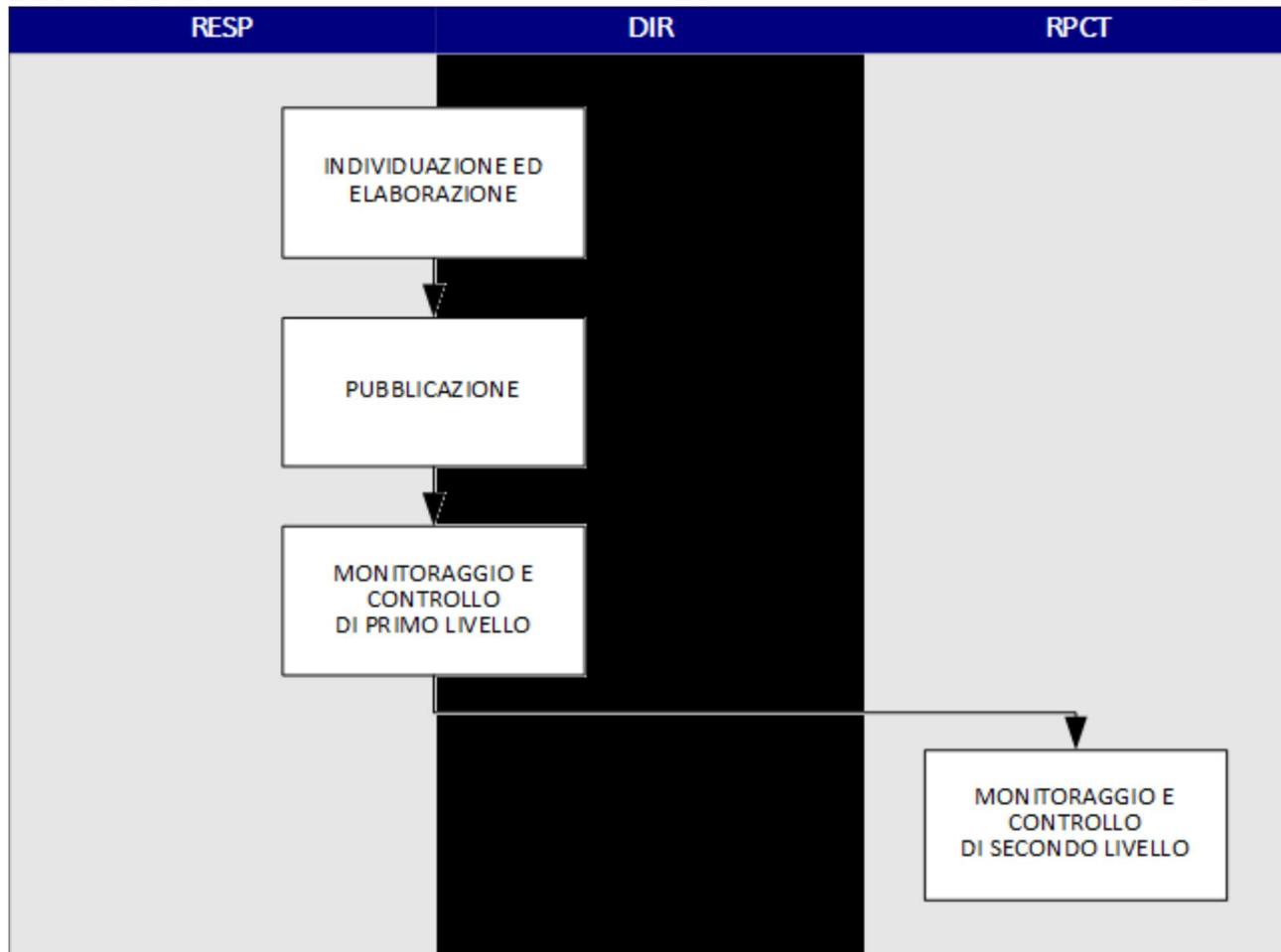
Il RPCT, invia un report, almeno semestrale, ai Dirigenti/Responsabili e alla Direzione Amministrativa, nel quale sono riassunti i risultati dell'attività di monitoraggio e controllo effettuata.

In relazione alla loro gravità, il RPCT segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, alla Direzione Aziendale, all'OIV, all'Ufficio Procedimenti Disciplinari e ad ANAC. Il responsabile della diffusione della presente procedura è il RPCT che la trasmette a tutti i soggetti coinvolti attraverso la pubblicazione del PTPCT/PIAO.

I destinatari hanno il compito di diffonderlo ai collaboratori delle strutture afferenti il proprio ambito di competenza.

La procedura approvata viene pubblicata sul Protocollo aziendale dal quale è consultabile e scaricabile

Il monitoraggio dell'applicazione della presente procedura è sotto la responsabilità del RPCT. Nel caso in cui in corso di applicazione della presente procedura se ne rilevasse la necessità l'RPCT proporrà alla Direzione Aziendale le opportune azioni di miglioramento.



L'art. 9, comma 1, del D.P.R. n. 62/2013 integrato con il Codice di comportamento adottato afferma che:

- Il dipendente deve osservare tutte le misure previste nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione – Sezione II (...) e rispettare, nell'ambito delle proprie mansioni, gli obblighi derivanti dalla normativa sulla trasparenza onde pervenire alla realizzazione degli obiettivi di cui al piano della trasparenza, informando la struttura competente in materia di gestione del sito web sulla necessità di aggiornare, correggere e integrare i dati e i documenti oggetto di pubblicazione che rientrano nella propria sfera di competenza e ad agevolare il flusso delle informazioni e dei dati oggetto di pubblicazione;
- Il dipendente è tenuto a mettere a disposizione in modo tempestivo, preciso e completo e nei tempi richiesti dal Dirigente del Servizio di appartenenza e/o dal Responsabile della trasparenza tutti i dati, le informazioni, gli atti e le elaborazioni oggetto di pubblicazione, a fini di trasparenza;
- Il dipendente deve avere cura e accertarsi, nella pubblicazione degli atti conclusivi dei procedimenti, che non siano determinazioni dirigenziali o atti deliberativi, che l'atto pubblicato contenga tutte le informazioni necessarie a ricostruire tutte le fasi del procedimento stesso. La tracciabilità dei processi decisionali adottati dai dipendenti è, comunque, garantita dall'elaborazione, adozione e registrazione degli atti amministrativi attraverso supporti informatici documentali e di processo appositamente individuati anche in grado di gestire e monitorare l'iter dei procedimenti; ferma restando l'individuazione in ogni struttura dei Referenti per la trasparenza i cui nominativi sono pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente, i Direttori/Dirigenti/Responsabili sono i diretti referenti del Responsabile Anticorruzione e Trasparenza per tutti gli adempimenti e gli obblighi in materia; con quest'ultimo collaborano

fattivamente, attenendosi alle metodologie e alle determinazioni organizzative e operative da questi decise.”

Pertanto, tutti i dipendenti che concorrono alle attività di trasmissione e pubblicazione dei dati oggetto di pubblicazione ai sensi della normativa vigente, hanno il dovere di assicurare la massima collaborazione nell'elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati stessi.

Ciascun Responsabile per la trasmissione del dato è tenuto a verificare che tali dati, notizie e informazioni rispondano ai requisiti di completezza, tempestività e qualità di cui agli artt. 6 e 8 del D.lgs. n. 33/2013, nonché alle caratteristiche di apertura del formato di cui all'art. 7 del medesimo decreto.

L'Azienda si riserva la possibilità di individuare contenuti ulteriori di pubblicazione che possono essere utili alla trasparenza amministrativa o alla prevenzione della corruzione.

La pubblicazione dei dati evolverà in un'ottica di miglioramento continuo, tutti i documenti pubblicati riporteranno al loro interno dati di contesto ovvero: fonte, data, periodo di riferimento o validità e oggetto al fine di garantire l'individuazione della natura dei dati e la validità degli stessi. Saranno inoltre pubblicati tutti i dati/informazioni individuati dal RPCT che possono assicurare visibilità dell'azione amministrativa e diffusione di informazioni utili al contrasto di comportamenti non corretti.

#### *Obiettivi strategici*

Con il presente Programma l'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni si prefigge di raggiungere i seguenti obiettivi strategici:

- Perseguire la crescita costante della cultura dell'integrità e della promozione della legalità attraverso la realizzazione di attività di informazione e di formazione al personale, nonché l'applicazione e/o progettazione di specifiche misure in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza e accesso civico generalizzato;
- Assicurare il continuo aggiornamento e la massima accessibilità dei contenuti pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente del portale istituzionale;
- Procedere con la mappatura dei processi e la loro digitalizzazione finalizzate alla semplificazione delle procedure, quest'ultima considerata una misura di prevenzione della corruzione particolarmente importante dal PNA 2022;
- Assicurare ai cittadini l'effettiva conoscenza dei servizi offerti dall'Azienda (caratteristiche e modalità di erogazione);
- Garantire, con le iniziative adottate in materia di trasparenza, la legalità dell'agire dell'Azienda, rendendo conto della correttezza e dell'efficacia degli atti/provvedimenti adottati;
- Incidere sul senso di appartenenza e sulla motivazione dei dipendenti creando un buon sistema di comunicazione tra tutti i soggetti dell'Azienda;

Tali obiettivi rappresentano la traduzione di alcune delle misure di prevenzione dei possibili comportamenti corruttivi e di trasparenza, individuate ed elaborate in sede di mappatura dei processi e delle attività. Pertanto, la sezione della Performance 2023-2025 del predisponendo PIAO, a conferma di una integrazione funzionale piena tra il ciclo della performance e le misure volte alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza ed integrità, declinerà queste ultime come obiettivi organizzativi e individuali, presidiati da indicatori/target di realizzazione fisica, in capo ai dirigenti/responsabili.

#### *Indicatori focalizzati sulle priorità definite:*

- Livello percentuale del coinvolgimento del personale nelle iniziative informative/formative in materia di etica, integrità e trasparenza;
- Grado di trasparenza dell'amministrazione 2024;
- Mappatura dei processi e semplificazione/digitalizzazione delle procedure;
- Livello percentuale di documentazione digitale nativa;
- Livello percentuale di utilizzo del fascicolo elettronico.

#### *Valutazione del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati*

Tutti i Responsabili dei centri di risorsa dell'Azienda sono sottoposti ad un sistema di valutazione degli obiettivi assegnati – anche in materia di trasparenza - che si esplica attraverso una procedura di monitoraggio e di misurazione del livello di raggiungimento degli obiettivi stessi.

Il processo di valutazione si articola nelle seguenti fasi:

Assegnazione ad inizio anno degli obiettivi;

Eventuale revisione degli obiettivi assegnati, in caso di circostanze che rendano necessario la rimodulazione degli obiettivi o la previsione di nuovi;

Valorizzazione della percentuale di raggiungimento degli obiettivi sia individuali che organizzativi.

### **Modalità di coinvolgimento degli stakeholder e i risultati di tale coinvolgimento**

La A.O. promuove il coinvolgimento degli stakeholder e favorisce la raccolta dei feedback (commenti/suggerimenti) sul grado di utilità e completezza dei dati pubblicati e sugli eventuali reclami e suggerimenti segnalati nell'ottica di un continuo processo di aggiornamento, miglioramento e di monitoraggio dell'efficacia del Programma, nonché al fine di garantire il principio di usabilità dei dati e delle informazioni pubblicate. I rapporti con gli stakeholder sono improntati su criteri di trasparenza e di leale collaborazione e sono curati principalmente dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

L'individuazione degli stakeholder, interni ed esterni, permette di ottenere un quadro rappresentativo dei diversi interessi e di compiere scelte consapevoli. I principali stakeholder individuati dall'Azienda sono:

Cittadini;

Pazienti/utenti/familiari;

Dipendenti;

Organizzazioni sindacali;

Comitati aziendali;

Associazioni;

Imprese/fornitori;

Media;

Organizzazioni di professionisti nell'ambito della sanità;

Medici di base e pediatri di libera scelta;

Strutture convenzionate.

Tra gli stakeholder riveste particolare rilievo per l'Azienda Ospedaliera di Terni l'apporto e il contributo da parte della Fondazione CARIT nella condivisione e partecipazione ai progetti di innovazione e sviluppo.

Gli strumenti adottati per la partecipazione degli stakeholder sono:

Organizzazione e gestione della comunicazione esterna ed interna (es. diffusione ed aggiornamento della Carta dei servizi; gestione ed aggiornamento del sito web aziendale e del sito intranet; posta elettronica aziendale; organizzazione di eventi aziendali, gestione dell'immagine aziendale; giornalini aziendali; opuscoli per il paziente, etc.);

Questionario di valutazione della sezione "Amministrazione trasparente";

Indagini di customer satisfaction;

Gestione dei reclami/suggerimenti;

Cura dei rapporti con le associazioni di volontariato, associazioni di utenti ed altre associazioni;

Gestione dei rapporti con i media (comunicati stampa; conferenze stampa, etc.).

Collegamenti con il Piano della performance

La trasparenza deve essere assicurata, non soltanto sotto un profilo "statico", consistente essenzialmente nella pubblicità di categorie di dati, così come prevista dalla legge, per finalità di controllo sociale, ma sotto il profilo "dinamico" direttamente correlato alla performance.

A tal fine la pubblicità dei dati inerenti all'organizzazione e all'erogazione dei servizi al pubblico si inserisce strumentalmente nell'ottica di un controllo diffuso che consenta un "miglioramento" dei servizi pubblici erogati dall'azienda. In tale ottica il programma mette a disposizione di tutti i cittadini dati chiave sull'andamento dell'amministrazione con l'obiettivo di consentire a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza dell'azione dell'Azienda, con il fine di sollecitare e agevolare modalità di partecipazione e coinvolgimento della collettività.

I contenuti del Programma Triennale costituiscono, compatibilmente con le risorse a disposizione, gli impegni definiti dalla Direzione aziendale, da perseguire con la temporalità definita negli strumenti di programmazione annuale e con la finalità di consentire ai cittadini una maggiore conoscenza della gestione dell'Azienda, di valutare i risultati raggiunti anche in rapporto alle risorse impiegate.

La valutazione annuale dei risultati conseguiti in materia di trasparenza e di pubblicazione delle informazioni, costituirà un importante riferimento per la valutazione della performance degli assetti aziendali e dei responsabili, è dunque, collegata alla corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio del personale.

Iniziative di comunicazione

Le iniziative a sostegno della diffusione della trasparenza si sostanziano in attività di promozione e di diffusione dei contenuti del Programma e dei dati pubblicati.

Di seguito gli strumenti/le iniziative:

- Sito web aziendale: esso rappresenta per l'Azienda il principale ed immediato strumento di comunicazione con l'esterno e fornisce utili informazioni sull'organizzazione e sulla gestione dell'Azienda, sulle sue strutture, sui servizi offerti e le relative modalità di accesso;
- Casella di posta elettronica aziendale: la cosiddetta E-mail aziendale costituisce lo strumento efficace, veloce e sicuro con cui l'Azienda può diffondere circolari, informazioni e notizie di interesse del personale;
- Carta dei servizi sanitari: è uno strumento che presenta le informazioni necessarie per accedere ai servizi erogati dall'Azienda e che illustra i diritti e i doveri dei cittadini;
- Opuscoli per il paziente: forniscono utili informazioni circa l'accesso alle strutture dell'Azienda ed ai servizi offerti;
- Inserti sanità sui quotidiani locali: periodicamente l'Azienda acquista pagine speciali dedicate alla sanità su quotidiani locali per promuovere nuovi servizi, pubblicizzare particolari iniziative, progetti di gruppi di lavoro di interesse della collettività;
- Indagini di customer satisfaction: strumento volto alla misurazione del grado di soddisfazione degli utenti in ordine ai servizi offerti dall'Azienda, per poi apportare i necessari miglioramenti;
- Formazione ad hoc dei dipendenti nella materia della trasparenza e dell'integrità.

Monitoraggio sulla trasparenza

Il monitoraggio sulle misure di trasparenza consente di formulare un giudizio sia sul livello di adempimento degli obblighi di trasparenza che sulla corretta attuazione della disciplina dell'accesso civico semplice e generalizzato.

Gli esiti dei monitoraggi svolti sia sulle misure di trasparenza adottate che sulle richieste di accesso civico semplice e generalizzato, sono funzionali alla verifica del conseguimento degli obiettivi strategici dell'amministrazione e, in particolare, di quelli orientati al raggiungimento del valore pubblico.

Il monitoraggio di primo livello è effettuato dai Dirigenti/Responsabili utilizzando la scheda di monitoraggio indicata nella procedura di gestione degli adempimenti della trasparenza.

Il monitoraggio di secondo livello è effettuato dal RPCT che provvede a: - monitorare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione. Se rileva inadempienze di livello significativo, sollecita il Referente aziendale interessato a provvedere in merito entro un termine concordato. In caso di mancato o incompleto riscontro alla richiesta di adempimento, il Responsabile segnala la circostanza alla Direzione aziendale, all'OIV e/o agli ulteriori organismi interessati.

Il RPCT supporta l'OIV nello svolgimento delle attività di competenza mediante la predisposizione di una tabella di riscontro degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente; il RPCT

predispone ulteriori programmi operativi per ottemperare alle prescrizioni che risultano non ancora o non pienamente attuate.

Il RPCT inoltre effettua anche monitoraggi periodici su determinati parametri di trasparenza richiedendo ai Dirigenti/Responsabili interessati la massima collaborazione nel fornire i dati e le motivazioni di eventuali ritardi o omissioni.

Qualora nell'attività di monitoraggio e verifica, il Responsabile riscontri inadempimenti, incompletezze, ritardi, mancanza di accuratezza nella pubblicazione dei dati rispetto a quanto previsto dalla vigente normativa e dal Programma, procede alle previste segnalazioni.

Saranno garantiti ulteriori parametri di trasparenza che potranno essere previsti (in aggiunta agli attuali) sia dal legislatore nazionale che dall'A.N.A.C.

Verifiche straordinarie possono essere effettuate a seguito di eventuali richieste di accesso civico semplice o a seguito di rilievi o segnalazioni di soggetti portatori di particolari interessi nonché di eventuali procedimenti attivati dall'ANAC nei confronti dell'Amministrazione.

L'Amministrazione procederà ad effettuare una ricognizione circa la presenza di provvedimenti normativi o atti di regolazione dell'ANAC in materia di trasparenza che diano luogo a nuove pubblicazioni da effettuare in "Amministrazione trasparente" - oltre a quelle previste dal D.Lgs. 33/2013 – entro il mese di luglio 2022.

L'Amministrazione procederà inoltre ad indicare tutti i casi in cui non è possibile pubblicare i dati previsti dalla normativa in quanto non pertinenti rispetto alle caratteristiche organizzative e funzionali dell'Azienda, sempre entro il mese di luglio 2023.

Il monitoraggio sugli obblighi di pubblicazione si connota anche per essere relativo a tutti gli atti pubblicati nella sezione amministrazione trasparente; in particolare riguarda anche la pubblicazione di dati diversi da quelli oggetto di pubblicazione (dati ulteriori). In questo contesto l'Azienda Ospedaliera ha deciso di pubblicare su "dati ulteriori" una sottosezione "attuazione misure PNRR" in cui pubblicare gli atti amministrativi per l'attuazione delle misure di competenza.

#### OIV

L'Organismo Indipendente di Valutazione svolge rilevanti compiti nell'ambito di verifica e controllo sul livello di trasparenza raggiunto dall'amministrazione.

E' responsabile della corretta applicazione delle linee guida dell'A.N.A.C., monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità, dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso, promuove ed attesta l'assolvimento degli obblighi di trasparenza.

Gli esiti delle verifiche vengono trasmessi anche agli organi di vertice dell'Amministrazione al fine di un eventuale aggiornamento degli obiettivi strategici in materia di trasparenza per l'elaborazione dei contenuti del programma triennale.

Strumenti e tecniche di rilevazione dell'effettivo utilizzo dei dati da parte degli utenti della sezione Amministrazione trasparente.

La A.O. ha attivato uno strumento informatico di rilevazione quantitativa degli accessi alla sezione "Amministrazione trasparente" che consente di monitorare la partecipazione e la fruibilità della sezione stessa da parte degli utenti.

I risultati della rilevazione saranno annualmente pubblicati all'interno della sezione "Amministrazione Trasparente" sotto sezione "Dati Ulteriori" del sito.

L'Azienda Ospedaliera inoltre predispone e pubblica sul sito web aziendale un questionario per i visitatori della sezione, finalizzato all'acquisizione di elementi relativi all'effettivo utilizzo dei dati pubblicati, al

grado di soddisfazione in merito alle informazioni incontrate ed al grado di chiarezza delle stesse. Tale feedback è utile all'Azienda Ospedaliera per eventuali interventi in chiave migliorativa.

Il monitoraggio condotto in maniera costante anche nel 2023 ha evidenziato il persistere di esigenze di indicazioni che, anche al fine di favorire il corretto funzionamento del registro, e la tempestiva pubblicazione dei contenuti in Amministrazione trasparente, vengono di seguito ribadite in sintesi:

VOCI REGISTRO	INDICAZIONI
<p>inserire nel registro le sole istanze qualificabili come istanze di accesso</p>	<p>Non inserire:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ mere richieste di informazioni, sia che pervengano per iscritto, sia che pervengano attraverso canali informali (ad esempio, per via telefonica);</li> <li>▪ richieste documentali o informative provenienti da Pubbliche Amministrazioni, che si collochino su un piano di leale collaborazione istituzionale;</li> <li>▪ istanze di accesso all'informazione ambientale, presentate ai sensi del d.lgs. n. 195/2005;</li> <li>▪ richieste di informazioni, atti e documenti presentate dai consiglieri regionali agli uffici nell'esercizio delle prerogative statutarie.</li> </ul>
<p>classificazione delle istanze</p>	<p>Prestare attenzione alla corretta classificazione delle istanze (se accesso civico o documentale), al fine di garantire che queste siano classificate all'interno della categoria pertinente e risultino quindi attendibili in sede di monitoraggio.</p>
<p>struttura deputata a inserire l'istanza all'interno del registro</p>	<p>Struttura/Unità organizzativa/Direzione che provvede all'adozione del provvedimento finale.</p>
<p>compilazione dei dati relativi all'oggetto dell'accesso</p>	<p>Deve risultare facilmente comprensibile quale sia il dato o documento richiesto dall'utente (evitare diciture generiche quali "istanza di accesso generalizzato" o "accesso pratica prot. n. x")</p> <p>Provvedere all'anonimizzazione dei dati relativi a persone fisiche - quali nominativi o qualunque altro dato, anche costituito da un numero identificativo (a titolo esemplificativo e non esaustivo, numeri di matricola, codice fiscale, partita IVA) - dai quali risulti possibile risalire all'identificazione di una persona fisica mediante opportuni omissis</p> <p>Oscurare dati identificativi di persone giuridiche se soggetti richiedenti o coinvolti nel procedimento, mediante omissis ovvero con</p>

	<p>riferimenti generici alla società, ditta o ente associativo, o, a seconda dei casi, con le sole iniziali, in modo che l'indicazione nominativa, eventualmente associata a procedimenti o fatti circostanziati, non leda l'immagine o interessi giuridico-economici di tali enti.</p>
ulteriori indicazioni	<p>In considerazione della rilevanza che la legge attribuisce al rispetto del termine di conclusione dei procedimenti di accesso e alla motivazione si raccomanda di:</p> <p>Protocollare tutte le istanze pervenute nonché i relativi riscontri al fine di consentire all'applicativo di conteggiare correttamente i tempi di riscontro.</p> <p>Verificare che una volta compilato il campo "esito" a seguito della conclusione dell'istanza, (accolta, rifiutata, differita,...), vengano riportati nella colonna "giorni" i tempi di risposta.</p> <p>Annotare nel campo "motivazione" se una istanza di accesso è stata evasa attraverso plurime trasmissioni della documentazione richiesta ovvero se sono stati chiamati in causa i controinteressati segnalando le ragioni dell'eventuale superamento dei termini di 30 giorni di conclusione del procedimento.</p> <p>Specificare obbligatoriamente la causa del rifiuto, del differimento o dell'eventuale accoglimento parziale.</p>

L'adozione ed il rispetto di tale disciplina aiuta a verificare la corretta attuazione del principio di trasparenza e l'eventuale adozione di comportamenti disomogenei tra uffici della stessa amministrazione.

#### *Coordinamento tra le azioni in materia di Trasparenza e tutela dei dati personali*

L'ANAC nel PNA 2019 ha sottolineato la centralità della tutela della privacy accanto a quella della trasparenza, partendo dalla pronuncia della Corte Costituzionale 20/2019.

La Corte Costituzionale, chiamata ad esprimersi sul tema del bilanciamento tra diritto alla riservatezza dei dati personali, inteso come diritto a controllare la circolazione delle informazioni riferite alla propria persona, e quello dei cittadini al libero accesso ai dati ed alle informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ha riconosciuto che entrambi i diritti sono "contemporaneamente tutelati sia dalla Costituzione che dal diritto europeo, primario e derivato".

Ritiene la Corte che, se da una parte il diritto alla riservatezza dei dati personali, quale manifestazione del diritto fondamentale all'intangibilità della sfera privata, attiene alla tutela della vita degli individui nei suoi molteplici aspetti e trova sia riferimenti nella Costituzione italiana (artt. 2, 14, 15 Cost.), sia specifica protezione nelle varie norme europee e convenzionali, dall'altra parte, con eguale rilievo, si incontrano i principi di pubblicità e trasparenza, riferiti non solo, quale corollario del principio democratico (art. 1 Cost.) a tutti gli aspetti rilevanti della vita pubblica e istituzionale, ma anche, ai sensi dell'art. 97 Cost., al

buon funzionamento dell'amministrazione e ai dati che essa possiede e controlla. Principi che, nella legislazione interna, si manifestano nella loro declinazione soggettiva, nella forma di un diritto dei cittadini ad accedere ai dati in possesso della pubblica amministrazione, come stabilito dall'art. 1, co. 1 del d.lgs. n. 33/2013.

Il bilanciamento tra i due diritti è, quindi, necessario, come lo stesso Considerando n. 4 del Regolamento (UE) 2016/679 indica, prevedendo che “Il diritto alla protezione dei dati di carattere personale non è una prerogativa assoluta, ma va considerato alla luce della sua funzione sociale e va temperato con altri diritti fondamentali, in ossequio al principio di proporzionalità.

In particolare, nella richiamata sentenza, la Corte precisa che il bilanciamento della trasparenza e della privacy va compiuto avvalendosi del test di proporzionalità che “ richiede di valutare se la norma oggetto di scrutinio, con la misura e le modalità di applicazione stabilite, sia necessaria e idonea al conseguimento di obiettivi legittimamente perseguiti, in quanto, tra più misure appropriate, prescriva quella meno restrittiva dei diritti a confronto e stabilisca oneri non sproporzionati rispetto al perseguimento di detti obiettivi”. L'art. 3 Cost., integrato dai principi di derivazione europea, sancisce l'obbligo, per la legislazione nazionale, di rispettare i criteri di necessità, proporzionalità, finalità, pertinenza e non eccedenza nel trattamento dei dati personali, pur al cospetto dell'esigenza di garantire, fino al punto tollerabile, la pubblicità dei dati in possesso della pubblica amministrazione.

Pertanto, al principio di trasparenza, nonostante non trovi espressa previsione nella Costituzione, si riconosce rilevanza costituzionale, in quanto fondamento di diritti, libertà e principi costituzionalmente garantiti (artt. 1 e 97 Costituzione).

Il quadro delle regole in materia di protezione dei dati personali si è consolidato con l'applicazione, il 25 maggio 2018, del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (di seguito RGPD) e, il 19 settembre 2018, del D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101 che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali – D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 – alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679.

Occorre evidenziato che l'art. 2-ter del d.lgs. n. 196 del 2003, introdotto dal d.lgs. 101/2018, in continuità con il previgente articolo 19 del Codice, dispone al comma 1 che la base giuridica per il trattamento di dati personali effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, ai sensi dell'art. 6, paragrafo 3, lett. b) del Regolamento (UE) 2016/679, “è costituita esclusivamente da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento”. Inoltre, il comma 3 del medesimo articolo stabilisce che “La diffusione e la comunicazione di dati personali, trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, a soggetti che intendono trattarli per altre finalità sono ammesse unicamente se previste ai sensi del comma 1 sopracitato”.

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, verificano che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel D.LGS. 33/2013 o in altre normative, anche di settore, preveda l'obbligo di pubblicazione.

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

In particolare, assumono rilievo i principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati (“minimizzazione dei dati”) (par. 1, lett. c) e quelli di esattezza e 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”.

L’attuazione del principio di responsabilizzazione dei soggetti coinvolti nel trattamento dei dati personali si palesa quale misura precauzionale principale al fine di minimizzare i potenziali pericoli per la privacy.

Si allega Elenco obblighi di pubblicazione (Allegato 3).

#### **4. Organizzazione del lavoro agile**

##### **Piano operativo Lavoro Agile**

Durante l’emergenza COVID-19 l’Azienda Ospedaliera ha favorito dove possibile il ricorso al lavoro agile, che, nella prima fase emergenziale è stato applicato in forma semplificata e in deroga alla normativa ordinaria come previsto dalle disposizioni normative di emergenza Covid-19 e sulla base delle disposizioni organizzative interne.

Per una più corretta e progressiva attuazione dello strumento sono state adottate circolari interne, di volta in volta partecipate anche alla parte sindacale, che disciplinano le regole e i criteri di tale istituto con le deroghe previste dalle disposizioni governative emergenziali. Si allegano le sopra richiamate disposizioni interne:

- Prot.17137/2020 –PROGRAMMA AZIENDALE D’EMERGENZA DI LAVORO AGILE;
- Prot. n. 18840/2020- disposizione di servizio emergenza Covid-19 – Misure temporanee sul lavoro
- Agile. Rif. Prot.17137/2020 –PROGRAMMA AZIENDALE D’EMERGENZA DI LAVORO AGILE;
- Prot.36057/2020 – FASE 3 - PROGRAMMA AZIENDALE D’EMERGENZA DI LAVORO AGILE;
- -Prot.522917/2020 – RIENTRO IN SICUREZZA -PROGRAMMA AZIENDALE D’EMERGENZA DI LAVORO AGILE
- -Prot.980517137/20210 –RIMODULAZIONE LAVORO AGILE

La maggiore incidenza di attivazione dello *Smart working* è stata rilevata da marzo a dicembre 2020.

Secondo la normativa, il personale impiegabile nel lavoro agile deve svolgere attività eseguibili da remoto. Sono quindi esclusi i dipendenti adibiti all’attività assistenziale e ai servizi che

prevedono la presenza (es. portinerie, manutenzioni, ecc.). Al 31/12/2021 il personale in servizio e in forza nel Comparto è pari a n. 1280 unità, di cui n.119 nel profilo tecnico, professionale e amministrativo. Il contingente di personale impiegato nel lavoro agile, anche nel periodo di maggior incidenza non ha mai superato il 60% del personale personale impiegabile nel lavoro agile deve svolgere attività eseguibili da remoto e si è aggirato intorno al 5,60 % del personale dipendente del Comparto. Si tenga presente che il lavoro agile è stato esteso anche al personale in servizio in convenzione e/o di società partecipate.

Durante la prima fase emergenziale si rileva un'ampia adesione allo *Smart working* con il 60% del personale avente possibilità di svolgere attività in modalità agile, in relazione alle misure straordinarie previste di interruzione di alcune attività. Tale dato è calato durante il periodo estivo al 40%, presumibilmente a fronte dell'utilizzo delle ferie che già riducono la presenza nei servizi. Nella seconda fase della pandemia fino a dicembre 2020, il dato si attesta al 45%. Questa riduzione potrebbe essere correlata a diversi fattori: il mantenimento di un numero di attività superiore rispetto alla prima fase, l'adozione di misure di distanziamento e sicurezza sul luogo di lavoro, l'adozione di misure organizzative di lavoro in turnazione.

Al fine di tutelare i dipendenti con salute fragile durante la pandemia, è stato adottato uno specifico percorso condiviso con la Medicina del lavoro, accessibile anche al personale escluso dall'applicazione del lavoro agile per la natura dell'attività lavorativa prestata. In questi casi si è rilevato come l'attivazione dello *Smart working* abbia contribuito a ridurre i giorni di assenza dal lavoro.

E' utile sottolineare come alla dirigenza negli ultimi anni sia richiesto un importante cambiamento di stile manageriale caratterizzato dalla capacità di lavorare e far lavorare gli altri per obiettivi, di improntare le relazioni sull'accrescimento della fiducia reciproca, spostando l'attenzione dal controllo alla responsabilità per i risultati.

I dirigenti, inoltre, oltre a essere potenziali fruitori, al pari degli altri dipendenti, delle misure innovative di svolgimento della prestazione lavorativa recate dall'articolo 14 della legge n. 124/2015, sono tenuti a salvaguardare le legittime aspettative di chi utilizza le nuove modalità in termini di formazione e crescita professionale, promuovendo percorsi informativi e formativi che non escludano i lavoratori dal contesto lavorativo, dai processi d'innovazione in atto e dalle opportunità professionali.

I dirigenti sono chiamati a operare un monitoraggio mirato e costante, in itinere ed ex-post, riconoscendo maggiore fiducia alle proprie risorse umane ma, allo stesso tempo, ponendo maggiore attenzione al raggiungimento degli obiettivi fissati e alla verifica del riflesso sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa.

Sono, inoltre, coinvolti nella mappatura e reingegnerizzazione dei processi di lavoro compatibili con il lavoro agile. Resta ferma la loro autonomia, nell'ambito dei criteri fissati nell'atto organizzativo interno, nell'individuare le attività che possono essere svolte con la modalità del lavoro agile, definendo per ciascuna lavoratrice o ciascun lavoratore le priorità e garantendo l'assenza di qualsiasi forma di discriminazione.

I dirigenti concorrono quindi all'individuazione del personale da avviare e/o a continuare ad adibire a modalità di lavoro agile, sulla base dei criteri individuati nel presente piano organizzativo, dell'esperienza maturata recentemente e anche alla luce della condotta complessiva dei dipendenti. È loro compito esercitare un potere di controllo diretto su tutti i dipendenti ad essi assegnati, a prescindere dalla modalità in cui viene resa la prestazione, organizzare per essi una programmazione delle priorità e, conseguentemente, degli obiettivi lavorativi di breve-medio periodo, nonché verificare il conseguimento degli stessi, sia attraverso la valorizzazione della scheda individuale sia verificando la qualità dell'apporto reso in termini di performance organizzativa al raggiungimento degli obiettivi strutturali.

Si richiama il ruolo dei CUG anche nell'attuazione del lavoro agile nell'ottica delle politiche di conciliazione dei tempi di lavoro e vita privata funzionali al miglioramento del benessere organizzativo.

In riferimento al ruolo degli OIV la definizione degli indicatori che l'amministrazione utilizza per programmare, misurare, valutare e rendicontare la performance è un'attività di importanza cruciale e ciò può essere ancora più determinante quando si parla di lavoro agile, superando il paradigma del controllo sulla prestazione in favore della valutazione dei risultati, attraverso il sistema della Performance monitorato dal Controllo di Gestione. La natura ospedaliera della nostra Azienda ha imposto di distinguere tra le attività di cura e assistenza che si svolgono in presenza e le attività che si prestano a poter essere svolte da remoto.

Tra le scelte di fondo operate dall'Azienda Ospedaliera di Terni vi è quindi l'attuazione dello *Smart working* per tutte le attività eseguibili non in presenza, con piena responsabilizzazione dei Direttori/Responsabili nella gestione e controllo delle attività in modalità agile. Pertanto, il presente Piano, nella fase di avvio post pandemica, si presenta come un documento applicabile a tutti i dipendenti con attività "*smartizzabili*", nei limiti di accesso all'istituto legati alla natura della prestazione e al 30% di personale interessato e sulla base dei criteri sotto riportati.

Resta fondamentale anche l'esperienza maturata in periodo di Covid che suggerisce di avviare l'implementazione stabile del lavoro agile, laddove possibile, con una programmazione a rotazione del personale settimanale, mensile o plurimensile. Ciò consente pertanto di prevedere l'utilizzo dello *Smart working* con ampia flessibilità, nel costante contemperamento delle esigenze organizzative aziendali con le più strette esigenze di salute e/o familiari del personale.

In data 2 novembre 2022 è stato sottoscritto il CCNL Area Comparto Sanità per il triennio 2019 – 2021 che ha disciplinato – tra l'altro – in modo puntuale il lavoro agile.

In conseguenza ed a seguito di incontri tra la parte pubblica e la parte sindacale è stato condiviso il Regolamento attuativo per il lavoro agile adottato da ultimo con atto deliberativo n. 157 del 20/02/2023.

Si riporta il Regolamento in maniera integrale rappresentante l'esito della programmazione triennale dello sviluppo del lavoro agile.

Il Regolamento del lavoro agile dovrà essere applicato conformemente alle disposizioni della Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 29 dicembre 2023 tenuto conto della possibilità di deroga – attraverso l'accordo individuale – al principio della prevalenza della prestazione

lavorativa in presenza per le situazioni previste genericamente dalla direttiva, tipizzando le situazioni meritevoli di tutela (come ad esempio, i soggetti fragili precedentemente tutelati ex lege) e valutandone in via preventiva il potenziale impatto sulla sostenibilità organizzativa in relazione alla imprescindibile garanzia di regolare svolgimento delle attività e al raggiungimento degli obiettivi dell'ente; in tutto ciò occorre, infatti, anche tener conto che il lavoro agile deve conciliare le esigenze di benessere e flessibilità dei lavoratori con gli obiettivi di miglioramento del servizio pubblico (art. 64 – CCNL 16.11.2022).

## REGOLAMENTO AZIENDALE IN MATERIA DI LAVORO AGILE

### DEFINIZIONI E OBIETTIVI

Per una più pratica comprensione, ai fini del presente Regolamento, s'intende per:

- **“Lavoro agile”** o **“smart working”**, una modalità flessibile di esecuzione del rapporto di lavoro connotata dalle seguenti caratteristiche:
  - svolgimento totale o parziale dell'attività lavorativa all'esterno della sede di lavoro e senza precisi vincoli d'orario, secondo le modalità stabilite nell'accordo individuale di cui al successivo punto 5;
  - utilizzo per il lavoro da remoto di strumenti tecnologici messi a disposizione in parte dall'Amministrazione e in parte dal dipendente;
  - assenza di una postazione fissa durante i periodi di lavoro svolti in luogo diverso dalla sede di servizio;
- **“attività espletabili in modalità smart o agile”**, le attività che non necessitano di una costante permanenza nella sede di lavoro;
- **“accordo individuale di lavoro agile”**, l'accordo bilaterale sottoscritto tra il dipendente e il datore di lavoro che specifica modalità e contenuti della prestazione da rendere al di fuori della sede di servizio;
- **“Azienda”**, l'Azienda Ospedaliera di Terni;
- **“strumenti di lavoro agile”**, la dotazione tecnologica necessaria per l'esecuzione della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro;
- **“sede di lavoro”**, la sede abituale di servizio del dipendente.

L'introduzione del lavoro agile per il personale dipendente dell'Azienda risponde alle seguenti finalità:

- sperimentare ed introdurre nuove soluzioni organizzative che favoriscano lo sviluppo di una cultura gestionale orientata al lavoro per obiettivi e risultati e, al tempo stesso, orientata all'incremento della produttività.

- razionalizzare e adeguare l'organizzazione del lavoro a seguito dell'introduzione delle nuove tecnologie e reti di comunicazione pubblica, realizzando economie di gestione.
- rafforzare le misure di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.
- promuovere la mobilità sostenibile tramite la riduzione degli spostamenti casa-lavoro-casa, nell'ottica di una politica ambientale sensibile alla diminuzione del traffico urbano in termini di volumi e di percorrenze.
- rispondere a criticità o emergenze contingenti o per far fronte a situazioni di disabilità personali o ad altre esigenze familiari.
- Il presente Regolamento ha l'obiettivo di fornire le linee guida nonché le procedure di accesso allo svolgimento dell'attività lavorativa in regime di smart working, in accordo con il proprio dirigente/responsabile e nel rispetto dei principi generali di seguito delineati.

## **FONTI NORMATIVE**

- **D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165**, recante “Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”;
- **[D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196](#)**, recante “Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al [Regolamento \(UE\) n. 2016/679](#) del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la [Direttiva 95/46/CE](#)” e successive modifiche e integrazioni;
- **D. Lgs. 7 marzo 2005, n. 82**, recante “Codice dell'amministrazione digitale” e successive modifiche e integrazioni;
- **D. Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150**, recante “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni” e successive modifiche e integrazioni;
- **L. 7 agosto 2015, n.124**, recante “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”;
- **L. 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”;
- **Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri [1 giugno 2017, n. 3](#)**, recante “Indirizzi per l'attuazione dei commi 1 e 2, dell'articolo 14, della [legge 7 agosto 2015, n. 124](#) e linee guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti”;

- **D.L. 17 marzo 2020, n. 18**, recante “Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”;
- **Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione n. 3/2020 del 4 maggio 2020**, recante “Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa nell’evolversi della situazione epidemiologica da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- **LEGGE 17 luglio 2020, n. 77**, conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19;
- **D.L. 30 aprile 2021, n. 56**, recante “Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi”;
- **D.L. [9 giugno 2021 n. 80](#)**, convertito, con modificazioni, dalla **[Legge 6 agosto 2021, n. 113](#)**, recante “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia” e, in particolare, l’articolo 6, comma 2, lettera b), che stabilisce che il Piano integrato di attività e organizzazione delle amministrazioni pubbliche - PIAO deve prevedere, tra l’altro, la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il lavoro agile;
- **[D.P.C.M. del 23 settembre 2021](#)**, che ha stabilito che, a decorrere dal 15 ottobre 2021, la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle amministrazioni di cui all’art. 1, comma 2, del **[D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165](#)**, è quella in presenza;
- **[Decreto del Ministro per la pubblica amministrazione dell’8 ottobre 2021](#)**, recante “Modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni”;
- **D.L. [24 marzo 2022, n. 24](#)**, recante “Disposizioni urgenti per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell’epidemia da COVID-19, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza”;
- **Circolare interna con prot. n. 17137/2020**, recante “disposizione di servizio emergenza Covid-19 – Misure temporanee sul lavoro agile. Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione n.2/2020”;
- **Circolare interna con prot. n. 18440/2020**, recante “disposizione di servizio emergenza Covid-19 – Misure temporanee sul lavoro agile”;
- **Circolare interna con prot. n. 36057/2020**, recante “Disposizioni di servizio emergenza Covid-19 – FASE 3 Misure temporanee sul lavoro agile”;
- **Circolare interna con prot. n. 52291/2020**, recante “disposizioni di servizio emergenza Covid-19 – Circolare n.3/2020 del MINISTERO DELLA FUNZIONE PUBBLICA”;

- **Circolare interna con prot. n. 9805/2021**, recante disposizioni sulla “Rimodulazione delle misure organizzative di lavoro agile”;
- **Delibera del Direttore Generale con prot. n. 601/2022**, recante “Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)”.
- **CCNL 2019/2021 comparto sanità**, sottoscritto in data 2.11.2022.

## **SOGGETTI DESTINATARI**

Può accedere alla modalità di lavoro agile il personale dipendente a tempo indeterminato o determinato appartenente all’area contrattuale della dirigenza o del comparto in servizio presso l’Azienda, impiegabile nel lavoro agile per attività amministrative e tecniche eseguibili da remoto, anche con contratto part-time o di impegno ridotto, personale comandato in ingresso e in regime di somministrazione e al personale appartenente a società esterne, fatta eccezione per i dipendenti adibiti all’attività assistenziale e ai servizi che prevedono la presenza.

## **CONDIZIONI E PROCEDURE DI APPLICAZIONE**

La prestazione può essere eseguita in modalità agile quando sussistono le seguenti condizioni:

- è possibile delocalizzare almeno in parte le attività assegnate al dipendente senza che sia necessaria la sua costante presenza fisica nella sede di lavoro;
- lo svolgimento della prestazione in modalità agile non pregiudica in alcun modo la qualità dei servizi erogati all’utenza;
- sono disponibili le strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro;
- lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile risulta coerente con le esigenze organizzative e funzionali dell’ufficio al quale il dipendente è assegnato;
- il dipendente gode di autonomia operativa ed ha la possibilità di organizzare l’esecuzione della prestazione lavorativa nel rispetto degli obiettivi prefissati;
- è possibile monitorare e valutare i risultati delle attività assegnate rispetto agli obiettivi programmati.

Le attività individuate quali smartabili, in tutto o in parte, a seguito della mappatura realizzata insieme ai Responsabili di Struttura sono le seguenti:

- Esercizio di funzioni amministrative tecniche giuridiche e contabili attraverso applicativi informatici e tecnologici quali ad esempio procedura SAP, protocollazione elettronica, gestionale del personale software etc..
- attività di call center e CUP telefonico.

Oltre al personale amministrativo potrà essere adibito ad attività smartabili personale sanitario addetto ad altre mansioni e al personale afferente a società esterne.

Ciascun responsabile/dirigente dell'ufficio/servizio/direzione nell'ambito delle attività eseguibili in smart, nella misura di almeno il 15% della dotazione di personale assegnata, o, in assenza di tale strumento organizzativo, alla stessa percentuale di dipendenti che lo richiedano, può autorizzare il personale non addetto all'assistenza che presenti domanda di lavoro agile, tenuto conto dei seguenti criteri di priorità che determinano la precedenza nell'accoglimento:

- soggetti affetti dalle patologie croniche con scarso compenso clinico e con particolare connotazione di gravità, in presenza delle quali ricorre la condizione di fragilità (come individuate con il Decreto del Ministro della Salute, di concerto con i Ministri del Lavoro e delle Politiche Sociali e per la Pubblica Amministrazione, adottato ai sensi dell'art. 17, comma 2 del D.L. n. 221/2021, convertito con modificazioni in L. n. 11/2022) ivi inclusi i lavoratori in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità (art. 3, comma 3, L. 5 febbraio 1992, n. 104);
- familiari invalidi (100%) conviventi da almeno un anno;
- presenza di figli di età inferiore ai 12 anni in situazione di mono genitorialità;
- presenza di figli di età inferiore ai 12 anni a condizione che l'altro genitore non usufruisca di benefici contrattuali simili e assimilabili.

La richiesta di accesso alla prestazione lavorativa in modalità agile deve essere trasmessa al responsabile/ dirigente del servizio/struttura /ufficio al quale è assegnato ovvero, presso il quale svolge l'incarico, utilizzando la modulistica allegata al presente regolamento (all. A).

Il responsabile/dirigente del servizio/struttura/ufficio che riceve la comunicazione valuta se ricorrono le condizioni per lo svolgimento dell'attività in modalità agile stabilite nel presente punto.

La S.C. Risorse Umane e l'Ufficio Controllo di Gestione dell'Azienda garantiscono direttamente l'attivazione della prestazione ai dipendenti destinati allo smart working, raccogliendo le disposizioni dei Direttori/Responsabili che sono chiamati a valutare la natura dei propri servizi, così da favorire il lavoro agile in caso di attività eseguibili da remoto e a monitorare il lavoro svolto dai propri collaboratori.

Al fine di implementare il ricorso a tale istituto, la S.C. Risorse Umane e l'Ufficio Controllo di Gestione con il Centro di Formazione promuovono l'adeguamento dei sistemi e dei processi, supportano soluzioni innovative e prevedono percorsi formativi per il personale, con particolare attenzione in materia di privacy, sicurezza e digitalizzazione.

## **ACCORDO INDIVIDUALE**

L'attività di lavoro agile avviene su base volontaria ed è subordinata alla sottoscrizione dell'accordo individuale.

L'accordo dovrà essere sottoscritto tra il responsabile/dirigente del servizio/struttura/ufficio e il dipendente interessato e, come disciplinato dall'art.78 del CCNL 2019/2021, definisce:

- la durata, che sarà concordata sulla base delle esigenze specifiche del Servizio;

- la data di inizio, che comunque non potrà essere precedente alla data di trasmissione, da comunicare tramite protocollo aziendale agli uffici competenti;
- le modalità di svolgimento della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali aziendali;
- l'individuazione della/e giornata/e o parte della/e giornata/e settimanale/i in cui viene svolta l'attività di lavoro agile;
- l'indicazione dei luoghi in cui verrà svolta l'attività;
- le forme di esercizio del potere direttivo del responsabile/dirigente del servizio/struttura/ufficio di riferimento;
- la/le fascia/e oraria/e di contattabilità telefonica e fascia di disconnessione dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro, a tutela della salute psico-fisica, della efficienza e produttività e della conciliazione tra tempi di vita, di riposo e di lavoro;
- la strumentazione tecnologica da utilizzare;
- gli adempimenti in materia di sicurezza sul lavoro e trattamento dati;

L'eventuale diniego di ammissione al lavoro agile deve essere motivato e comunicato al lavoratore richiedente con le stesse forme con le quali il lavoratore ne ha fatto richiesta.

L'accordo individuale è stipulato per iscritto, ai fini della regolarità amministrativa e della prova, presso La S.C. Risorse Umane, che assolve agli adempimenti finalizzati al perfezionamento dello stesso, in appendice al contratto in essere, e all'avviamento del lavoro agile.

In caso di eventuali modifiche riguardanti il profilo professionale del dipendente, delle mansioni svolte o dalle mutate condizioni della dotazione tecnologica, sarà necessario procedere alla sottoscrizione di un nuovo accordo individuale.

## **TRATTAMENTO GIURIDICO ED ECONOMICO**

L'Azienda garantisce che i dipendenti che si avvalgono delle modalità di lavoro agile non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento della professionalità e della progressione di carriera.

La conclusione di accordi di lavoro in modalità agile non incide sulla natura giuridica del rapporto di lavoro subordinato in atto, regolato dalle norme legislative e dai contratti collettivi nazionali e integrativi, né sul trattamento economico in godimento.

La prestazione lavorativa in modalità agile è integralmente considerata come servizio pari a quello ordinariamente reso presso le sedi abituali ed è utile ai fini della progressione in carriera, del computo dell'anzianità di servizio, nonché dell'applicazione degli istituti relativi al trattamento economico accessorio.

Nelle giornate in cui l'attività lavorativa è prestata in modalità agile non è configurabile il lavoro straordinario, né la maturazione di eccedenze orarie, né riposi compensativi.

## MODALITA' DELLO SVOLGIMENTO DELLA PRESTAZIONE

Considerata la programmazione delle attività e delle turnazioni, ove previste, ciascun dirigente/responsabile di struttura/servizio/ufficio deve registrare e rendicontare settimanalmente gli orari di servizio effettuati dai propri dipendenti al proprio domicilio, a copertura del debito orario giornaliero contrattualmente dovuto. Il report di rendicontazione settimanale, contenente per ciascun nominativo i giorni e gli orari effettuati in smart working, deve essere trasmesso da parte dei responsabili ogni lunedì successivo via e-mail alla S.C. Direzione Risorse Umane all'indirizzo [lavoroagile@aosp.terni.it](mailto:lavoroagile@aosp.terni.it).

Durante le giornate, o parte delle giornate, di smart working, la prestazione lavorativa è svolta nel luogo indicato dal dipendente nel rispetto delle normative nazionali in materia.

Il dipendente rende la prestazione lavorativa nel rispetto degli obiettivi e delle attività ordinariamente assegnate che sono sottoposte al monitoraggio e valutazione del dirigente/responsabile dell'ufficio/struttura/ servizio d'afferenza.

Nella giornata, o parte della giornata, di smart working l'orario di lavoro non può superare il debito orario giornaliero dovuto dal dipendente, non essendo previste prestazioni di lavoro straordinario né eccedenze orarie flessibili da rendere in modalità smart working.

La prestazione lavorativa in modalità agile, così come normato nell'art 79 del CCNL 2019/2021, può essere articolata nelle seguenti fasce temporali:

- a) fascia di contattabilità - nella quale il lavoratore è contattabile sia telefonicamente che via mail o con altre modalità similari. Tale fascia oraria non può essere superiore all'orario medio giornaliero di lavoro;
- b) fascia di inoperabilità - nella quale il lavoratore non può erogare alcuna prestazione lavorativa. Tale fascia comprende il periodo di 11 ore di riposo consecutivo di cui all'art. 43 comma 5 (Orario di Lavoro) del CCNL 2019/2021 a cui il lavoratore è tenuto nonché il periodo di lavoro notturno tra le ore 22:00 e le ore 6:00 del giorno successivo.

Le fasce orarie durante le quali il dipendente deve assicurare la reperibilità, cioè la disponibilità ad essere contattato per motivi di lavoro dal responsabile e/o da colleghi, è la stessa indicata dalla normativa nazionale e aziendale vigente e in materia di orario di lavoro per il personale amministrativo e/o addetto alle attività amministrative e altro personale non addetto all'assistenza nei servizi sanitari del presidio.

Il lavoratore ha diritto alla disconnessione.

A tal fine, fermo restando quanto previsto dalla lett. b), negli orari diversi da quelli ricompresi nella fascia di cui alla lett. a), non sono richiesti contatti con i colleghi o con il dirigente per lo svolgimento della prestazione lavorativa, la lettura delle email, la risposta alle telefonate e ai messaggi, l'accesso e la connessione al sistema informativo dell'Azienda o Ente.

L'assenza dal servizio nelle giornate dedicate allo smart working deve essere giustificata con le usuali modalità, utilizzando gli istituti previsti (es. ferie, malattia, con certificato telematico del

101 medico curante, 104), con inoltro delle richieste al Responsabile dell'ufficio/struttura/servizio d'afferenza e alla S.C. Direzione Risorse Umane alla e-mail dedicata [lavoroagile@aosppterni.it](mailto:lavoroagile@aosppterni.it), sono altresì garantiti tutti i diritti previsti dalle vigenti disposizioni legali e contrattuali per il lavoro svolto presso la sede dell'ufficio, con particolare riferimento a riposi, pause, permessi orari.

L'assegnazione della posizione di lavoro agile non muta la natura giuridica del rapporto di lavoro subordinato in atto, che continua ad essere regolato dalla legge, dalla contrattazione collettiva nazionale di riferimento, dagli accordi collettivi decentrati, nonché dalle disposizioni regolamentari e organizzative dell'Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni, salvo quanto disposto dalla lettera b) dell'art.87 del Decreto Legge n.18 del 17/03/2020.

Il dipendente abilitato alla modalità smart working, sulla base della valutazione e pianificazione di ciascun dirigente/responsabile dell'ufficio/struttura/servizio d'afferenza, è tenuto a trasmettere firmate le informative sulla sicurezza e in materia di trattamento dei dati personali (All. A) via email al proprio Responsabile e alla S.C. Direzione Risorse Umane all'indirizzo dedicato: [lavoroagile@aosppterni.it](mailto:lavoroagile@aosppterni.it).

Il dipendente è tenuto ad attenersi, inoltre, alle istruzioni rese dall'Ufficio Controllo di Gestione-Servizi Informatici al momento dell'attivazione informatica che avviene sia su dispositivi personali, sia, in caso di indisponibilità o di inadeguatezza degli stessi, su quelli forniti dall'Azienda.

Infine, si richiama tutto il personale abilitato e fruitore dello smart working ai doveri di diligenza e riservatezza nonché a quanto contenuto nel Codice di comportamento aziendale a cui si rimanda. Inoltre, raccomandando la costante consultazione della posta elettronica nonché del sistema flussi per i documenti protocollati.

## **LUOGO E STRUMENTI DI LAVORO**

Nelle giornate, o parte delle giornate, di lavoro agile il/la dipendente avrà cura di svolgere la propria attività lavorativa nei luoghi indicati nell'accordo individuale, i quali, tenuto conto delle attività svolte e secondo un criterio di ragionevolezza, devono rispondere ai requisiti di idoneità, sicurezza e riservatezza, ed essere tali da non mettere a rischio l'incolumità del dipendente stesso, la riservatezza delle informazioni e dei dati trattati nell'espletamento del proprio lavoro, e la dotazione informatica dell'Azienda.

Il lavoratore agile, in via del tutto eccezionale, può chiedere di poter modificare, temporaneamente, il luogo di lavoro, presentando richiesta scritta (anche a mezzo e-mail) al proprio responsabile/dirigente del servizio/struttura/ufficio di riferimento, il quale, valutata la compatibilità, autorizza per iscritto (anche a mezzo e-mail) il mutamento: lo scambio di comunicazioni scritte, in tal caso, è sufficiente ad integrare l'accordo individuale, senza necessità di una nuova sottoscrizione.

Ogni modifica temporanea o permanente del luogo di lavoro deve essere prontamente comunicata dal dipendente al proprio responsabile/dirigente del servizio/struttura/ufficio di riferimento, nonché alla S.C. Direzione Risorse Umane.

L'utilizzo di strumentazione di proprietà del/la dipendente è possibile solo se ritenuta idonea dall'Azienda.

Il/la dipendente dovrà dichiararsi disponibile a installare sul proprio computer il software per il collegamento VPN;

Nella dotazione tecnologia fornita dall'Azienda non sono in ogni caso comprese linea di connessione ad internet e stampanti. I costi relativi alla linea dati e telefonica sono a carico del/la dipendente, così come quelli necessari per la corrente elettrica.

In mancanza di dotazione tecnologica propria adeguata, l'Azienda s'impegna a fornirla in conformità con quanto previsto dal D.Lgs. 81/08 in materia di salute e sicurezza, la manutenzione è a carico del servizio informatico aziendale.

## **OBBLIGHI DI CUSTODIA DELLA STRUMENTAZIONE**

Il/la dipendente si impegna a custodire con la massima cura e a mantenere integra la strumentazione fornita, in modo tale da evitarne il danneggiamento, lo smarrimento e a utilizzarla in conformità con le istruzioni ricevute.

Gli strumenti di lavoro affidati, in comodato d'uso gratuito, al personale devono essere utilizzati esclusivamente per lo svolgimento dell'attività lavorativa, nel rispetto del disciplinare informatico, della disciplina legale e contrattuale applicabile.

## **MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLA PRESTAZIONE**

La prestazione in modalità di lavoro agile sarà oggetto di valutazione secondo le modalità previste all'interno del Piano della Performance, senza che il dipendente incorra in penalizzazioni rispetto a coloro che lavorano interamente in presenza.

Il Piano Organizzativo del lavoro agile si colloca in posizione complementare rispetto al Piano delle Performance per il raggiungimento degli obiettivi in esso contenuti, sia in riferimento alla performance individuale che organizzativa.

All'interno del piano della performance annuale devono essere previsti gli indicatori di lavoro agile riferiti al piano della performance organizzativa, come stabilito dalle linee guida del dipartimento della Funzione pubblica del dicembre 2019 e previa consultazione dell'OIV (Organismi indipendenti di valutazione).

## **OBBLIGHI DI RISERVATEZZA E SICUREZZA DEI DATI**

Il dipendente, come da informativa allegata, è tenuto a mantenere la massima riservatezza sui dati e le informazioni di cui verrà a conoscenza nell'esecuzione della prestazione lavorativa nel rispetto delle norme sulla riservatezza e degli altri diritti fondamentali riconosciuti agli interessati dalle disposizioni aziendali in materia di riservatezza dei dati personali e dai vigenti dettami della normativa UE 679/2016 GDPR e dal D.Lgs. 196/2003, come modificato dal D.Lgs. n.101/2018.

Si considera rientrante nei suddetti dati e informazioni qualsiasi notizia attinente all'attività svolta dall'Azienda, ivi incluse le informazioni sui suoi beni e sul personale, o dati e informazioni relativi a terzi in possesso dell'Azienda per lo svolgimento del suo ruolo istituzionale.

Pertanto, il dipendente, durante tutte le operazioni suddette (raccolta, elaborazione, archiviazione, diffusione dei dati ecc...), dovrà utilizzare la massima diligenza nella conservazione.

Ogni documento, sia esso cartaceo che digitale, dovrà essere gestito garantendo un livello di sicurezza adeguato ad evitare il rischio di violazione dei dati (intendendosi la violazione di sicurezza che comporta accidentalmente o illecitamente la distruzione, la perdita, la modifica, la divulgazione non autorizzata o l'accesso ai dati personali trasmessi, conservati o comunque trattati).

Il dipendente nell'esecuzione della prestazione lavorativa si impegna a non divulgare e a non usare informazioni che non siano state pubblicate o comunque di pubblica conoscenza, fermo restando le disposizioni al presente punto.

Resta in capo al dipendente la responsabilità di non trasferire, al di fuori del perimetro informatico aziendale, dati sensibili.

È espressamente vietata la copia di dati sensibili su dotazioni informatiche non aziendali.

## **FORMAZIONE DEL PERSONALE**

Il dipendente che svolge attività in lavoro agile ha diritto di partecipare ai corsi formativi aziendali e regionali, al pari del dipendente che svolge l'attività interamente lavorativa in sede. In tali casi, se la formazione avviene in presenza, l'attività lavorativa è considerata come attività lavorativa in sede;

Laddove il dirigente ritenga obbligatoria la partecipazione ad un corso di formazione finalizzato alle specifiche esigenze del servizio, il dipendente è tenuto alla partecipazione anche nelle giornate individuate come lavoro in modalità agile, effettuando un cambio di giornata all'interno della stessa settimana;

Il dipendente è altresì obbligato a partecipare ai Corsi di Formazione organizzati dal Datore di Lavoro ai sensi dell'art. 37 - comma 1 - lett. a) e b) del D.Lgs. 81/08, con le stesse modalità dei dipendenti in presenza.

Al fine di promuovere e agevolare il lavoro in modalità agile, tutti i dirigenti e i referenti della formazione aziendale potranno prevedere percorsi formativi in modo da potenziare le competenze tecnologiche.

## **CONDIZIONI PER IL RECESSO**

Durante il periodo di svolgimento dell'accordo di lavoro agile, sia il responsabile/dirigente del servizio/struttura /ufficio che il lavoratore agile possono, con un preavviso non inferiore a 30 giorni e fornendo specifica motivazione, recedere dall'accordo e interrompere l'esecuzione prima della sua naturale scadenza.

Nel caso di lavoratori con disabilità, ai sensi dell'art. 1 della [legge 12 marzo 1999, n. 68](#), il termine di preavviso non può essere inferiore a 90 giorni, ai sensi della [legge n. 81/2017](#).

In caso di giustificato motivo le parti possono recedere dall'accordo in qualunque momento, senza preavviso.

A titolo esemplificativo, costituiscono ipotesi di giustificato motivo:

- il venir meno delle condizioni di cui al punto 4;

- la sopravvenuta impossibilità per il lavoratore agile di mettere a disposizione la dotazione informatica necessaria per lo svolgimento della prestazione fuori dalla sede di lavoro;
- l'inosservanza delle prescrizioni in materia di riservatezza e sicurezza dei dati;
- il venir meno delle condizioni che consentono al lavoratore agile il rispetto delle prescrizioni in materia di sicurezza sul lavoro;
- l'inosservanza degli obblighi connessi all'espletamento dell'attività in modalità agile indicati nell'accordo individuale.

## **SICUREZZA E TUTELE SUL LAVORO**

L'Azienda garantisce, ai sensi del [decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81](#), la salute e la sicurezza del dipendente in coerenza con l'esercizio flessibile dell'attività di lavoro.

Il dipendente deve cooperare nell'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dal datore di lavoro, prendendosi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui ricadono gli effetti delle sue azioni od omissioni.

Per le lavoratrici in gravidanza o puerperio si applicano le indicazioni normative di cui al D.Lgs. 151/2001 e quelle operative contenute nello specifico Documento di Valutazione del Rischio (DVR) in vigore al momento della comunicazione dello stato di gravidanza.

Ai sensi dell'art. 23 della L. 81/2017, il lavoratore è tutelato contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali, purché verificatesi all'interno dei locali di cui al punto 8 del presente regolamento e preventivamente comunicati.

È necessario, quindi, comunicare la sede di lavoro in modalità agile al fine della corretta copertura INAIL in caso di infortuni sul lavoro.

Eventuali infortuni sul lavoro devono essere immediatamente comunicati al proprio responsabile/ dirigente del servizio/struttura /ufficio per gli adempimenti di legge.

## **DISPOSIZIONI FINALI**

Per tutto quanto non previsto dal presente regolamento o dall'accordo individuale, per la regolamentazione dei diritti e degli obblighi direttamente pertinenti al rapporto di lavoro, si rinvia alla disciplina contenuta nelle disposizioni legislative, nei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro e nei Contratti Decentrati Integrativi nonché a quanto previsto nel Codice di comportamento dell'Azienda, fatta salva la necessità di aggiornare le presenti disposizioni in relazione alla normativa sopravvenuta o a specifiche esigenze, anche di carattere sanitario.

## **5. Piano Triennale Fabbisogno Personale - programmazione anno 2024 - 2026**

E' ormai consolidata nella giurisprudenza amministrativa l'affermazione che il diritto alla salute non può essere incondizionato ma, fermo restando la necessità di non scalfirne il nucleo essenziale, deve subire "ragionevoli modulazioni" in relazione alle esigenze di contenimento della spesa pubblica. Le varie misure in tema di *spendig review* nel sistema sanitario e la stringente normativa sulla determinazione degli indicatori

di spesa potenziale massima per il personale, hanno direttamente impattato le dinamiche occupazionali con immancabili tagli alle strutture e alle risorse umane, accompagnate spesso da un inevitabile abbassamento del livello di efficienza delle strutture sanitarie nel loro complesso, con una parziale inversione di tendenza con la normativa emergenziale che tuttavia non è sfociata, dopo la conclusione del periodo di emergenza, in una revisione dei parametri di spesa del personale.

Nell'Azienda Ospedaliera di Terni si è registrata nel tempo una contrazione del personale in servizio, frutto di molteplici fattori, anche connessi a dinamiche di mancate assunzioni, collegate non solo a carenza di risorse, ma ad eventi che hanno condizionato negativamente lo sviluppo dell'Azienda, anche per quanto riguarda le politiche di acquisizione del personale.

A tale riguardo è necessario, comunque, sottolineare che le dinamiche demografiche e l'incremento della popolazione nelle coorti anziane, l'aumento delle cronicità, le riconfigurazioni delle combinazioni di consumo delle famiglie verso i servizi alla persona e a fattori sociologicamente significativi quali gli stili di vita, il sistema ambientale, il tipo e la qualità del lavoro o l'assenza di lavoro con le conseguenze sulla qualità e sull'aspettativa di vita, la crisi del ciclo di vita della struttura familiare tradizionale, il sistema educativo, le opportunità socio economiche offerte sono tutte determinanti che si ripercuotono sul sistema sanità e incidono sulla richiesta di prestazioni sanitarie che devono essere appropriate, efficaci e tempestive, soprattutto se erogate da un'azienda ospedaliera di secondo livello.

La programmazione dell'attività dell'azienda, la definizione degli obiettivi e la verifica della disponibilità finanziaria costituiscono atti prodromici ed alla base del Piano Triennale del Fabbisogno Personale, che viene definito in coerenza con la programmazione aziendale complessivamente intesa, nell'ottica di coniugare l'ottimale impiego delle risorse disponibili e gli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini assicurando il rispetto dell'equilibrio economico.

Le priorità strategiche poste in cima alla programmazione aziendale, nell'ambito della cornice programmatica definita dalla Regione Umbria, sono le seguenti:

- l'avvio di un processo graduale di revisione funzionale degli assetti organizzativi aziendali, al fine di favorire il miglioramento della qualità, dell'efficienza e dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni;

- la riqualificazione delle attività ospedaliere, anche attraverso la sperimentazione di nuove e più evolute logiche organizzative, coerente con le evoluzioni del quadro demografico (aumento del numero di anziani) epidemiologico (aumento dei pazienti cronici e con più patologie) e socioeconomico (scarsità delle risorse a disposizione con forti pressioni al contenimento dei costi), tese al superamento degli spazi fisici e delle gerarchie per singole discipline specialistiche e con un orientamento all'organizzazione in aree assistenziali integrate e comuni, secondo una visione che pone il paziente ed i suoi bisogni al centro del sistema;

In tale contesto assume grande rilevanza lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi fondati sulla valorizzazione del ruolo e della funzione delle Professioni Sanitarie nell'ambito:

- dell'implementazione di aree clinico/assistenziali aggregate;
- dell'implementazione di aree assistenziali a gestione infermieristica orientate a raggruppare pazienti in base a bisogni omogenei a bassa complessità assistenziale (fragili, post chirurgici, geriatrici);
- riorganizzazione delle attività assistenziali a ciclo diurno, separata e distinta dagli spazi di degenza, con l'aggregazione di attività assistenziali ambulatoriali mediche e chirurgiche, Day Service, Day Hospital/Day Surgery, One Day Surgery;
- riorganizzazione delle degenze ordinarie non diurne, con l'implementazione di Week Surgery (rivolto a pazienti chirurgici con durata di degenza prevista inferiore a 5 giorni) e Week Hospital
- organizzazione ed attivazione di ambulatori in ambito ospedaliero a gestione delle professioni sanitarie;
- sviluppo di nuove figure professionali, quali l'infermiere Bed Manager, atto a garantire l'appropriatezza dei ricoveri tra il sovraffollamento del Pronto Soccorso e la corretta collocazione dei pazienti nei reparti.

Tra gli obiettivi assegnati all'Azienda rivestono particolare rilevanza quelli legati al contenimento dei tempi di attesa e alla riduzione della mobilità ospedaliera passiva extraregionale.

Il perseguimento degli obiettivi strategici non può assolutamente prescindere dall'incremento del personale, con specifico riferimento al profilo medico ed infermieristico, la cui attuale dotazione, significativamente inferiore a quella ottimale, ancorché inadeguata al raggiungimento delle priorità strategiche, allo stato risulta talmente carente, da rischiare di compromettere il mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza.

In tale contesto il rafforzamento delle aree di supporto, tecniche e amministrative, si pone come indispensabile corollario per garantire livelli adeguati di efficacia ed efficienza dell'attività complessiva.

Il concetto di fabbisogno di personale ha implicato un'attività di analisi ed una rappresentazione delle esigenze sotto un duplice profilo:

- quantitativo: riferito alla consistenza numerica presente al 31.12.2023 e delle unità necessarie ad assolvere alla mission dell'azienda;

- qualitativo: riferito alle tipologie di professioni e competenze professionali meglio rispondenti alle esigenze dell'azienda, anche tenendo conto delle professionalità emergenti in ragione dell'evoluzione dell'organizzazione del lavoro e degli obiettivi da realizzare.

Con riferimento al profilo quantitativo, l'analisi dei fabbisogni è stata supportata da:

- richieste di fabbisogni nelle diverse strutture, vagliate dalla direzione aziendale (in particolare DMPO e SITRO);

- analisi predittive sulle cessazioni di personale, dinamica molto influenzabile allo stato attuale dal contesto normativo e dall'elevato turnover, che determinano una limitata predittività delle uscite.

Con riferimento al profilo qualitativo, per definire il fabbisogno di persone all'interno dell'azienda sono stati presi in considerazione i processi e le funzioni/attività che necessitano di personale e la loro tipologia.

Pertanto la determinazione complessiva del fabbisogno ha tenuto conto dell'analisi dei seguenti elementi:

- articolazione dei professionisti per ruolo, categorie e profilo;

- esigenze delle singole unità operative: l'analisi delle modalità operative e di erogazione del servizio (es. verifica dei servizi con attività h. 24 e delle guardie divisionali) per permettere di determinare il fabbisogno complessivo dell'azienda;

- tempi di attuazione dei documenti programmatici (aumento dei volumi di attività per il contenimento delle liste di attesa chirurgiche e ambulatoriali come definito dal citato Piano di efficientamento);

- distinzione tra attività a carattere istituzionale continuative e, dunque, da soddisfare con contratti di lavoro a tempo indeterminato e attività, invece, connesse ad esigenze di carattere esclusivamente temporaneo o eccezionale;

- modalità con le quali si intende far fronte al fabbisogno di personale a tempo indeterminato e determinato;

- ricorso alle prestazioni aggiuntive a vario titolo;
- necessità di Convenzioni con altre Aziende del SSR e SSN.

Presupposto per la predisposizione del PTFP è stata una complessiva analisi dei compiti istituzionali dell'azienda in termini di obiettivi, competenze, attività esercitate direttamente e professionalità necessarie in termini quantitativi e qualitativi, tenendo conto anche della attuale dotazione tecnologica e delle nuove tecnologie da acquisire. Tutto questo comporta evidentemente l'assunzione di nuove modalità organizzative intese a organizzare le strutture e gli uffici aziendali in modo da accrescere l'efficienza, razionalizzare i costi e realizzare la migliore utilizzazione del personale in servizio, per un approccio alle cure sempre più interdisciplinare, in un'ottica di apertura a forme di collaborazione innovative tra professioni, con l'attenzione centrata sul paziente.

Si è tenuto inoltre conto della necessità di rendere stabili le esigenze coprendo i bisogni strutturali con incarichi a tempo indeterminato e riservando il ricorso a forme di lavoro flessibile per le esigenze temporaneo e/o straordinarie.

In esito alle analisi relative alla valutazione organizzativa sotto il profilo dell'approvvigionamento di risorse tecniche, strumentali e umane dell'Azienda ospedaliera "S.Maria" di Terni si delineano nel triennio di riferimento le seguenti esigenze riguardo al personale dipendente come esplicitato in dettaglio nelle schede del triennio 2024-2026.

#### **RUOLO SANITARIO:**

Le maggiori esigenze nel ruolo sanitario nel triennio di riferimento riguardano:

- il mantenimento degli assetti relativi alle dotazioni organiche dei dirigenti e del comparto delle varie qualifiche, in ottica di confronto con altre realtà simili e con una prima verifica del DM relativo al metodo di calcolo dei fabbisogni;
- la copertura delle Strutture Complesse, sulla base anche del predisponendo protocollo d'intesa Regione-Università;
- la riduzione del tempo determinato attraverso procedure di stabilizzazione anche del personale dirigente medico, sanitario e del personale e del comparto nel ruolo sanitario e socio sanitario;
- l'assunzione in maniera stabile del personale medico nelle varie;
- la garanzia del turn over;

- l'applicazione del nuovo CCNL dell'AREA SANITA' triennio 2019-2021;
- la riduzione, ove possibile, del ricorso delle prestazioni aggiuntive;
- l'equilibrio delle tra personale dipendente e personale afferente alle Sedi Universitarie;
- il mantenimento delle attività scientifiche e di ricerca già in essere;
- la garanzia delle attività di continuità assistenziale tramite la revisione delle attività di guardia e pronta disponibilità;

### **RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE**

Anche i ruoli tecnico e professionale sono fondamentali all'interno di un Ospedale di riferimento Regionale in quanto, attraverso le competenze specifiche di questi ruoli, si può rispondere alle molteplici esigenze per una sanità moderna come, a mero titolo esemplificativo, quella di assicurare interventi per la vulnerabilità sismica e per il miglioramento energetico delle strutture, di acquisire di adeguata tecnologia, di gestire un numero crescente di apparecchiature biomediche e di tecnologie avanzate, di strutturare un sistema informatico ed informativo per la gestione dei dati sanitari, per la gestione di flussi informativi, per assicurare la privacy, etc. Questo determina l'esigenza di acquisire, nel triennio di riferimento, dirigenti e funzionari dotati di adeguate professionalità anche per fronteggiare il carico di lavoro derivante dagli interventi previsti e finanziati dal PNRR e dalla normativa di adeguamento strutturale conseguente alla pandemia (piano di adeguamento strutturale ospedaliero). Sarà mandatorio per la AO Terni l'applicazione della nuova organizzazione della Rete dei Laboratori

### **RUOLO AMMINISTRATIVO**

Alla luce della programmazione delineata anche in relazione al potenziamento di alcuni servizi/attività appare inderogabile perseguire l'obiettivo di ricostituire nel triennio di riferimento un adeguato numero di personale amministrativo tenuto conto delle numerose cessazioni registrate e a tutt'oggi non sostituite. Tanto per garantire non solo una attività di supporto sufficiente dal punto di vista quantitativo ma soprattutto da un punto di vista qualitativo, data l'evoluzione normativa che investe ricorrentemente la Pubblica Amministrazione. Le esigenze riguardano sia i profili Dirigenziali che quelli del Comparto, con particolare riguardo al profilo dei funzionari. A tal fine verranno valutate le opportunità di inserire nuove figure professionali anche con profilazioni nuove e diverse: assunzioni diversificate per ambito economico e giuridico o per settori particolari, ad es. addetto alla comunicazione, avvocato od altri settori particolari.

Con riferimento, poi, alle possibili strategie che l'Azienda intende porre in essere nel triennio di riferimento, nel rispetto della disciplina legislativa e contrattuale in materia, rientra quella di definire piani

di razionalizzazione della distribuzione e allocazione della forza lavoro in relazione agli obiettivi di performance organizzativa, anche attivando percorsi di riconversione se obbligatoria o necessaria sotto il profilo tecnico.

Per quanto riguarda l'arruolamento del personale dipendente, l'Azienda, di norma, come prevedono le disposizioni di legge nazionali in materia, provvederà tramite assunzioni a tempo indeterminato con l'utilizzo delle seguenti procedure previste dalle disposizioni nazionali:

- Mobilità prevista dall'art.34 bis del D.Lgs.165/01
- Mobilità volontaria prevista dall'art. 30 del D.Lgs.165/01
- Utilizzo delle graduatorie concorsuali vigenti, anche di altre pubbliche amministrazioni;
- Procedure concorsuali: in questo ambito si promuoverà una collaborazione tra le quattro aziende in modo da programmare un adeguato piano di assunzioni per garantire la costante disponibilità di graduatorie;

L'Azienda ricorrerà all'assunzione di personale a tempo determinato solamente nei seguenti 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.

Si continuerà, infine, nell'ordine della quota d'obbligo, a garantire il pieno rispetto delle assunzioni obbligatorie di cui alla legge 12 marzo 1999 n. 68.

Oltre all'assunzione di personale a tempo indeterminato o a tempo determinato vanno annoverate ulteriori modalità che consentiranno di far fronte a specifiche esigenze.

#### **PRESTAZIONI AGGIUNTIVE A VARIO TITOLO**

Si tratta di prestazioni aggiuntive richieste sia al personale della dirigenza che del comparto remunerate a tariffa oraria.

## **CONTRATTI LIBERO PROFESSIONALI**

Il ricorso a tale tipologia di contratti è assolutamente residuale e riferibile esclusivamente a situazioni per le quali la fonte di finanziamento ovvero la tipologia della prestazione richiesta non consentono l'instaurazione di rapporti di natura diversa.

I contratti libero professionali, di norma, potranno essere attivati solamente per la realizzazione di specifici progetti finanziati con appositi fondi vincolati e non gravanti quindi nel bilancio dell'Azienda.

## **CONVENZIONI CON ALTRE AZIENDE DEL SSN**

Il ricorso alle convenzioni con altre Aziende del SSN avviene per qualificare/potenziare alcune tipologie di attività professionali al fine di favorire una più ampia offerta di prestazioni.

## **STABILIZZAZIONI**

Nella redazione del piano, particolare attenzione è stata prestata alla valorizzazione delle professionalità che l'Azienda intende confermare ed ulteriormente promuovere per l'arco triennale di interesse del Piano, anche attraverso il completamento dei processi di stabilizzazione del personale in corso di attuazione.

Il piano è stato elaborato anche tenendo conto di importanti variabili di contesto, ovvero la necessità di adeguare l'offerta di prestazioni alla domanda (particolarmente elevato dopo il periodo pandemico), alle sfide determinate dall'attuazione di progetti connessi al PNRR e dall'applicazione dei molteplici istituti previsti dal CCNL 2019/2021 sottoscritto in data 2/11/2022.

Si tenga conto che, al di là dell'endemiche carenze di personale infermieristico e del ruolo sanitario in genere, è necessario superare le grandi criticità che nell'ultimo biennio hanno riguardato il personale del ruolo amministrativo, che si registra al di sotto del limite di riferimento previsto dalla vigente normativa, per i presidi ospedalieri.

Infatti al punto 6.2 del DM di riferimento è stabilito che “nei presidi ospedalieri il rapporto percentuale tra il numero del personale del ruolo amministrativo e il numero totale del personale non può superare il rapporto del 7%”, nello specifico si rappresenta che la percentuale del personale amministrativo in forza al 31/12/22, presso la nostra Azienda è di circa il 4% rispetto al totale del personale in forza.

Si aggiunga, che in esecuzione della DGR n. 943 del 13/09/2023, la Direzione Aziendale ha adottato, con deliberazione DG n. 737 del 27/10/2023, anche per l'anno 2023 il Programma operativo aziendale per l'efficientamento del SSR contenente le azioni strumentali a ricondurre l'Azienda Ospedaliera di Terni

nel ruolo di Azienda di alta specializzazione e DEA di II livello, nella garanzia della continuità clinico-assistenziale e dei LEA e dell'equilibrio di bilancio.

Tali interventi costituiscono azioni strategiche la cui realizzazione è in ogni caso condizionata dall'adeguato dimensionamento del capitale umano che, al pari di tutte le organizzazioni complesse, costituisce un fattore critico di successo per il conseguimento della mission istituzionale.

Risultano complessivamente previste nell'anno 2024 n. 161 assunzioni, di cui:

- n. 112 mediante azioni di reclutamento ordinario;
- n. 49 mediante stabilizzazioni che insistono su posti coperti con contratti a tempo determinato attivati per esigenze straordinarie e che, conseguentemente, costituiscono incremento del fabbisogno ma non rilevano in termini di spesa in quanto la stessa è già considerata per effetto dei contratti in essere;

Si allega Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2024 – 2026 (Allegato 4).

## **6. Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni**

*Deliberazione del Direttore Generale n. 126 del 01.02.2023 REGOLAMENTO PER SEGNALAZIONI CUG A.O. "Santa Maria" di Terni*

Premessa

Il segnalante è la persona fisica testimone, nell'ambito di lavoro, di mancata parità e/o pari opportunità di genere, di qualunque presunta forma di violenza di tipo morale o vessatoria ed anche di discriminazione a cui sia è venuto a conoscenza in occasione dello svolgimento della propria prestazione presso l'Azienda Ospedaliera di Terni; tali segnalazioni possono rientrare anche nei fenomeni del mobbing, del mancato benessere lavorativo e della mancata pari opportunità.

Ogni segnalazione giunta al CUG, pervenuta a voce o scritta, è tutelata dal Segreto d'Ufficio come regolamentato dall'art. 326 del C.P., e non può essere rivelata, a tutela del soggetto segnalatore: "*Il pubblico ufficiale o la persona incaricata di un pubblico servizio [358 c.p.] che, violando i doveri inerenti alle funzioni o al servizio, o comunque abusando della sua qualità, rivela notizie di ufficio, le quali debbano rimanere segrete, o ne agevola in qualsiasi modo la conoscenza, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni. Se l'agevolazione è soltanto colposa, si applica la reclusione fino a un anno...*", inoltre ed in merito al trattamento dei dati personali, informazioni e documenti trattati dal C.U.G. nell'ambito delle proprie competenze, devono essere utilizzati nel rispetto delle norme contenute nel Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR UE/2016/679), nel Codice per la protezione dei dati personali – d.lgs. 30 giugno 2003 n. 196, così come modificato dal

Decreto Legislativo 101 del 10 agosto 2018 e secondo le procedure interne di protezione dei dati personali.

## Regolamento segnalazioni

Chiunque ritenga di essere stato testimone, vittima o sia venuto a conoscenza di atti di violenza o comportamenti vessatori può fare segnalazione al CUG.

Sulla homepage aziendale, al link “CUG – Comitato Unico di Garanzia”, possono essere scaricati e compilati i moduli A) Modulo di Segnalazione e B) Modello per il consenso al trattamento dei dati.

Il soggetto segnalatore, una volta compilati entrambi i moduli, li invierà alla casella di posta elettronica del CUG ([cug@aosppterni.it](mailto:cug@aosppterni.it)), il cui accesso è limitato alla Presidente, alla Vicepresidente ed allo Staff di Segreteria del CUG; questi ultimi si riuniranno e discuteranno il caso prima di presentarlo ai membri del Comitato Unico di garanzia per le Pari Opportunità e valutare se di competenza dello stesso.

Altro mezzo di segnalazione potrà essere a mezzo cartaceo da inserire nella cassetta delle lettere, ubicata al 1° piano (corridoio S.O./DMPO/SITRO).

## Istruttoria della segnalazione

L'interessata/o oppure il presunto autore del comportamento segnalato sente/sentono il Presidente e/o il Vicepresidente; qualora il caso lo richieda, il Presidente o il Vicepresidente può proporre alla Direzione Aziendale e/o al Responsabile organizzativo dell'ambiente di lavoro, da dove è originata la segnalazione, azioni finalizzate alla tutela del lavoratore ed alla soluzione del caso.

Nel caso di eventuali azioni discriminatorie nei confronti di dipendenti che hanno segnalato illeciti (normativa inerente il *whistleblower*), la Presidente, la Supplente e/o i membri dello Staff di Segreteria provvedono a dare tempestiva comunicazione al Responsabile dell'Anticorruzione.

Una volta ricevuta la segnalazione la Presidente e/o Supplente con lo Staff di Segreteria si riuniranno per decidere come procedere secondo la Normativa che regola l'attività dei CUG.

Gli atti relativi al procedimento, riporteranno un protocollo riservato alla Presidente, Supplente e Staff di Segreteria permettendo uno storico delle segnalazioni da presentare alle Autorità Competenti in caso di richiesta formale dagli stessi.

La Presidente, Supplente e Staff di Segreteria, una volta esaminato il caso, sente separatamente le parti interessate, appurando la veridicità dei fatti, svolge l'attività istruttoria redigendo opportuno verbale e prepara una relazione da presentare al Comitato riunito in convocazione ordinaria, straordinaria se il caso riveste particolare gravità, redigendo un Verbale da presentare alla Direzione Aziendale, proponendo tutti i possibili provvedimenti utili alla soluzione del caso.

Qualora nel corso dell'Istruttoria emergano comportamenti disciplinarmente perseguibili, comunque non in linea con il Codice Etico e di Comportamento Aziendale adottato dalla Azienda Ospedaliera di Terni (ai sensi dell'art. 54 del D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165, del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 e del Piano Nazionale Anticorruzione), gli stessi ne danno immediata e formale comunicazione alla Direzione.

Qualora la segnalazione venga presentata in forma scritta ed in modalità anonima, sarà compito del Presidente e della Supplente appurare la veridicità dei fatti in via informale, prima di avviare eventuale procedura formale.

### **CUG - Piano azioni positive**

Le Azioni Positive hanno la finalità di «*eliminare le disparità di fatto di cui le donne e gli uomini sono oggetto nella vita lavorativa e per favorire il loro inserimento nel mercato del lavoro con pari opportunità*»: questa è la definizione che il diritto della Comunità Europea e la Corte di Giustizia CE hanno nel tempo sostanzialmente mantenuto valida per introdurre nei corpi normativi dei singoli Paesi tale strumento di attuazione delle politiche di Pari Opportunità.

Le Azioni Positive sono uno strumento, dunque, duttile e temporaneo, destinato, infatti, ad esaurirsi nel momento stesso in cui il suo obiettivo dovesse essere pienamente realizzato, deve servire a rimuovere quegli specifici ostacoli materiali che si frappongono alla reale e sostanziale Parità tra lavoratori e lavoratrici.

La Costituzione Italiana sancisce il Principio di Uguaglianza tra i Cittadini e persegue la finalità di una realizzazione reale e non solamente formale di uguaglianza: il perseguimento “*dell'uguaglianza sostanziale*” legittima l'adozione di misure e di strumenti che riequilibrino le situazioni di svantaggio; soltanto così le donne, e tutti gli altri soggetti che appartengono alle fasce deboli, possono recuperare una condizione almeno di parità di chances.

Le Azioni Positive, quale strumento del “*diritto diseguale*” atto a realizzare l'eguaglianza sostanziale, ottengono un definitivo riconoscimento dal nuovo testo dell'art.1 del Codice delle Pari Opportunità (D.Lgs. n. 198 del 2006), così come riscritto dall'art. 1 del D.Lgs. 25 gennaio 2010 n. 5, che espressamente chiarisce: “*Il principio della parità non osta al mantenimento o all'adozione di misure che prevedano vantaggi specifici a favore del sesso sottorappresentato*” (comma 3).

Le Azioni Positive prevedono interventi specifici mirati a rimuovere gli ostacoli che impediscono le pari opportunità uomo-donna, accelerare il processo di realizzazione di fatto dell'uguaglianza e combattere le discriminazioni dirette e indirette nei confronti delle donne e per la parità di genere.

*“BENESSERE LAVORATIVO e LA CONCILIAZIONE TRA VITA LAVORATIVA E VITA FAMILIARE”*

L'Azienda ha inteso approfondire in un'ottica multidisciplinare la materia della conciliazione tra vita privata e vita professionale, valorizzando il ruolo che in questo campo può essere svolto dalle c.d. 'azioni

positive’, delle quali gli enti pubblici sono chiamati dalla legge a farsi promotori accanto ai soggetti privati, anzi, se possibile, con un impegno ancora maggiore di quanto richiesto a questi ultimi, atteso che solo per gli attori pubblici vige l’obbligo (e non la mera facoltà) di farsi promotori di specifici piani periodici di azione in tal senso, d’intesa con i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza ed i componenti del Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità.

La riflessione teorica sul fondamento di un possibile diritto ‘diseguale’ è apparsa da subito particolarmente complessa; non a caso, essa ha originato un vivace dibattito in dottrina ed una interessante giurisprudenza, anche e soprattutto a livello eurounitario.

Tema centrale è, naturalmente, quello dei confini di legittimità di specifici interventi riservati alle lavoratrici, che vadano ad operare realizzando un trattamento differenziato “a vantaggio” di queste ultime – anche e soprattutto proprio mediante l’adozione, o l’imposizione, delle citate azioni positive – rispetto a quello riservato ai lavoratori di sesso maschile, con riguardo, ad esempio, a materie quali l’accesso al lavoro, alla formazione e promozione professionale ed alle condizioni di lavoro.

Per concludere, va ricordato che ogni sforzo progettuale ed ogni politica diretta all’implementazione dell’eguaglianza sostanziale nei contesti lavorativi finisce anche per ottenere un ulteriore, importante risultato: quello del miglioramento complessivo della qualità dell’organizzazione considerata, così come del benessere di tutte le persone – uomini e donne – che in quella organizzazione si trovino ad operare.

#### *Conciliazione e misure di sostegno*

Il Parlamento europeo ha dichiarato il 2014 “l’Anno europeo per la conciliazione tra la vita lavorativa e la vita familiare”. Conciliazione è un lemma che comincia ad essere introdotto nei documenti ufficiali dell’Unione europea agli inizi degli anni Novanta e rispecchia la volontà di predisporre direttive, raccomandazioni, suggerimenti ai vari Paesi affinché adottino misure in grado di salvaguardare la possibilità di conciliare la vita familiare con la vita lavorativa. Gli obiettivi prefissati erano e rimangono: aumentare la consapevolezza delle politiche di conciliazione in Europa e negli Stati membri; sollecitare gli sforzi ed ottenere un nuovo impegno politico per rispondere agli attuali problemi che interessano le famiglie (problemi in particolare connessi alla crisi economica e sociale); catalizzare l’attenzione e diffondere buone pratiche relative alle politiche di conciliazione vita privata--lavoro fra gli Stati membri; promuovere politiche family friendly e la loro conseguente implementazione.

I diversi bisogni che emergono dai ritmi frenetici della quotidianità discendono da necessità complesse e socialmente molto rilevanti: l’insieme degli interventi pensati per riequilibrare questi valori contrapposti hanno lo scopo di migliorare il benessere, agendo nella prospettiva di includere tutti i soggetti coinvolti. Le misure volte a ristabilire un corretto equilibrio e bilanciamento tra vita e lavoro

sono proprio gli strumenti che per eccellenza comportano una miglior organizzazione dei tempi a beneficio dei lavoratori, consentendo nel contempo di innalzarne il livello produttivo.

Successivamente si è approfondito il tema, analizzando nel dettaglio i singoli strumenti efficaci e utili per arrivare ad un migliore work--life balance. Intervenire concretamente a ristabilire un corretto equilibrio dei propri impegni attraverso le leve della flessibilità oraria, della concessione di servizi per la conciliazione (soprattutto in periodi particolarmente critici come l'arrivo in famiglia di un bambino), della sensibilizzazione e della formazione su questi temi, va a diretto beneficio della performance lavorativa consentendo ai collaboratori di mantenere alto il livello sia in ambito lavorativo che personale.

### *Definizione del tema, azioni positive e politiche "family friendly"*

L'unità lessicale conciliazione deriva dal sostantivo latino concilium, composto dai lemmi "cum calare", letteralmente "chiamare insieme", ossia mettere assieme parti diverse ovvero trovare un accordo tra posizioni concorrenti. La conciliazione è quindi un'azione intrapresa per ristabilire buone relazioni tra entità opposte, al fine di renderle compatibili, congruenti e coesistenti in modo armonico. Le declinazioni di questo concetto base avvengono in relazione a chi, che cosa e perché concilia; quali altri soggetti vengono chiamati in causa, come, quando e per quanto tempo.

In particolare, la conciliazione che ci occupa, nasce dall'assioma secondo cui ogni individuo deve avere la possibilità di lavorare e al tempo stesso di avere una famiglia. Nella società contemporanea esiste un conflitto tra la famiglia e il lavoro, che sicuramente è di tempo ma anche di valori e che, ancorché diffuso e sperimentato comunemente, coinvolge le famiglie in modo differente.

Con il termine bilanciamento si intende valorizzare tutto l'insieme di azioni, procedure e/o interventi che mirano a rispondere alle diverse esigenze derivanti dalla vita di ogni giorno, cercando di renderli compatibili tra loro.

Per una corretta informazione si evidenzia anzi che la conciliazione nasce e si sviluppa con una precisa connotazione di genere: fino a due/tre generazioni fa veniva declinata unicamente al femminile. Le prime definizioni di conciliazione fanno infatti riferimento alla natura femminile e materna di tale attività, in netta contrapposizione a quella maschile. La donna ha con il tempo conquistato la sua indipendenza economica, smettendo di essere soltanto moglie e madre, ma affermando se stessa anche nel mondo lavorativo e professionale.

Bisogna però rilevare che nel nostro ordinamento non esiste una nozione legale di azione positiva: il legislatore ha infatti ritenuto preferibile delineare analiticamente tali strumenti unicamente in relazione allo scopo teleologico che essi intendono perseguire, senza elencarle tassativamente o fissarne i requisiti formali. Sono considerate in quest'ottica tutte quelle misure che predispongono condizioni ed accesso al

lavoro tenendo conto delle differenze che intercorrono tra i due sessi e incoraggiando una più equilibrata divisione delle responsabilità familiari.

L'unico approccio possibile, oggi, sembra essere quello di mettere nuovamente e maggiormente in comunicazione il tema della conciliazione con il resto del diritto del lavoro: solo in questo modo, in tempi di recessione, si può riportare nuovamente in auge il tema della conciliazione e valutare la tenuta dell'intera disciplina.

#### *Gli strumenti work--life balance*

Dopo aver introdotto e definito il tema risulta necessario soffermarsi ed approfondire gli elementi su cui si basa e di cui si compone la cultura del bilanciamento tra vita lavorativa e familiare. Tra i suddetti elementi, il centro dell'attenzione non può che focalizzarsi sugli strumenti che si possono predisporre per arrivare ad un'efficace conciliazione tra impegni personali e familiari, sull'implementazione di tali iniziative nonché sulla classificazione delle stesse. Per avere una classificazione in tale ambito si possono distinguere quattro macro aree: temporali; spaziali; servizi per la famiglia e servizi per i lavoratori.

#### *Strumenti temporali*

Gli strumenti più attuati e diffusi sono senza dubbio quelli volti a sostenere la flessibilità d'orario: si tratta di individuare forme differenti da quelle standard a tempo pieno, che garantiscano una maggior flessibilità, ma cerchino di temperare sia i diritti dei lavoratori che gli interessi dei datori di lavoro. La possibilità di adottare politiche di tal genere è strettamente legata all'organizzazione dei tempi e degli spazi della giornata lavorativa, possibilità intesa come libertà di scegliere, tra le diverse alternative, quella che più si conforma alle rispettive esigenze.

#### *Strumenti spaziali*

Telelavoro o lavoro a distanza: tale strumento non raffigura esclusivamente una modalità che consente una flessibilità spaziale, quanto piuttosto e di conseguenza, anche una di tipo orario.

#### *Servizi per la famiglia*

In questa categoria rientrano tutte le iniziative predisposte dalla legislazione o anche dalle aziende per rispondere a particolari esigenze e per supportare il lavoratore nell'assumersi i ruoli dovuti nonché le relative responsabilità familiari, per consentire l'assolvimento dei propri oneri e impegni.

#### *Servizi per i lavoratori*

I servizi possono essere i più vari, ma per lo più servizi di assistenza, consulenza ed informazione, supporto nel disbrigo pratiche.

#### *Ulteriori azioni positive*

## IMPLEMENTAZIONE, FORMAZIONE E COMUNICAZIONE SUL RUOLO E FUNZIONI DEL CUG PER LE PARI OPPORTUNITA'.

Allocazione di una “cassetta CUG per le segnalazioni” da posizionare presso il corridoio del primo piano Area Centrale (fronte S.O./DMPO/SITRO);

Creazione di materiale informativo sul Ruolo e Funzioni del CUG destinato a tutte e tutti i Dipendenti della Ns Azienda, in forma cartacea e/o informatizzata con l'aggiunta di specifici momenti formativi, accreditati ECM, in collaborazione con l'*Ufficio Regionale Pari opportunità dell'Umbria*, con in aggiunta la possibilità di far intervenire esperti del Settore delle Pari Opportunità provenienti da altre Istituzioni compreso il *Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri*;

Creazione di Eventi con lo scopo di aggiornamento dedicati ai componenti del CUG per revisionare la conoscenza della Normativa in merito agli ambiti ed alle azioni che il Comitato può intraprendere.

## BENESSERE LAVORATIVO E CONCILIAZIONE DELLA VITA PRIVATA CON L'ATTIVITA' LAVORATIVA.

Instaurazione di convenzioni dedicate ai dipendenti genitori con figli relative alla frequenza di nido, materna (*fascia 0-6 anni*) e campo estivo al fine di favorire una corretta *work-life balance* in primis per genitori single e coppie di dipendenti;

Creazione di un “percorso benessere” per i dipendenti tramite l'utilizzo di spazi Aziendali conformi e Personale qualificato operante all'interno dell'Azienda;

Creazione di una foresteria dedicata al personale in “reperibilità” al fine di tutelare i dipendenti pendolari e/o in situazioni di disagio correlato alla tempistica prevista per la reperibilità.

## ACCESSO AL LAVORO, LA PROGRESSIONE DI CARRIERA, LA LETTURA DELL'ORGANIZZAZIONE, LETTURA DELL'ORGANIZZAZIONE

Somministrazione, in forma anonima e nel rispetto della Normativa sulla Privacy e s.m.i., di un questionario relativo al sesso, età, situazione familiare (figli minori e/o disabili a carico) e tragitto casa lavoro finalizzato alla creazione di un bilancio di genere aggiornato da utilizzare da parte del Comitato per proporre interventi di miglioramento e corrette azioni per la Pari opportunità ed il benessere lavorativo;

Creazione del *Disability – Diversity Manager* al fine di tutelare e facilitare il lavoro dei dipendenti diversamente abili presenti in azienda, a tal fine si propone di vagliare la possibilità che questa funzione possa essere svolta dal CAD Aziendale;

Effettuazione di un'Analisi relativa alle Progressioni di Carriera; l'obiettivo è quello di perseguire la massima trasparenza e pubblicità nelle procedure Concorsuali, di mobilità e di assegnazione d'incarico, nella scelta dei criteri di inclusione/esclusione e di punteggio, nella formazione delle graduatorie e di scorrimento di queste ultime.

### *Conclusioni*

Punto nodale che si voleva metter in risalto con questo elaborato è l'importanza delle politiche di conciliazione come azioni positive che favoriscono il benessere dei lavoratori e delle loro rispettive famiglie, tema ormai largamente documentato e avvalorato da molteplici studi e relazioni in tutto il

mondo. L'obiettivo dell'equilibrio tra lavoro e vita, due poli alle volte opposti, da tempo è presente in posizione apicale e prioritaria nell'agenda politica europea.

La direzione intrapresa dalla legislazione è tesa a promuovere efficaci politiche di conciliazione e di pari opportunità, anche riequilibrando la ripartizione tra i lavoratori di entrambi i sessi nel ruolo di cura ed assistenza: proprio attraverso questi provvedimenti si è riscoperto il principio della coesione sociale legata a quella della produttività economica.

La catalogazione e l'analisi delle buone pratiche è senza dubbio il metodo migliore per diffondere e far circolare le esperienze in questo contesto: elencare i risultati ottenuti, valorizzare le somiglianze e le differenze, ragionare in termini di sostenibilità e trasferibilità creano i presupposti per la produzione di nuovi esperienze interessanti e di successo. Ciò nonostante bisogna chiarire che parlare di esperienze innovative non implica necessariamente correlarle a misure originali o inedite, bisogna sempre partire dal presupposto che tutti i bisogni nascono da esigenze comuni e diffuse. Non sempre quindi risulta indispensabile progettare idee e processi nuovi, molte volte il risultato migliore e più concreto si ha replicando pratiche già diffuse, magari migliorandole o alle volte soltanto adattandole alle proprie realtà.

Lo scopo principale risiede nel contribuire a migliorare le condizioni occupazionali delle donne, sia con riguardo al lavoro retribuito che a quello non retribuito domestico, spesse volte dato per scontato. La possibilità di ottenere una miglior conciliazione tra i propri impegni lavorativi e familiari, e principalmente genitoriali, senza però veder penalizzate le proprie opportunità professionali e salariali è ancora un miraggio per la maggior parte delle donne italiane, specie nel mezzogiorno.

Pertanto aumentare la consapevolezza circa i benefici socioeconomici riguardanti la conciliazione famiglia lavoro è sicuramente uno degli strumenti più efficaci per conseguire risultati concreti. Le iniziative da privilegiare sono da un lato creare un clima favorevole al dialogo sociale su questi temi, dall'altro promuovere la contrattazione collettiva, strumento efficace attraverso il quale i datori di lavoro possono arrivare a dei compromessi con i lavoratori, concordando una flessibilità che consenta di meglio bilanciare le esigenze organizzative aziendali con le responsabilità di cura.

## **7. Monitoraggi**

### **Monitoraggio del valore pubblico e performance**

Misurare il valore pubblico, generato dall'Azienda mediante le proprie azioni strategiche, si esplicita concretamente nel misurare i risultati raggiunti negli ambiti strategici delineati in questo piano 2022 – 2024 e rendicontati nella Relazione sulla Performance.

Quando vengono rendicontati i risultati della performance di struttura, ovvero degli obiettivi operativi di performance di struttura in correlazione con quelli strategici da cui discendono, l'intento è di rendere evidente il legame per la realizzazione della strategia dell'Azienda attraverso le assegnazioni alle

strutture organizzative degli obiettivi operativi, anche in relazione al raggiungimento dei target degli indicatori strategici.

La rendicontazione puntuale relativa ai singoli obiettivi avviene acquisendo i dati dalle fonti ufficiali aziendali o regionali, recuperando la documentazione e le relazioni dalle strutture relativamente al conseguimento degli obiettivi qualitativi ed organizzativi (definizione di linee guida, aggiornamento e predisposizione di protocolli clinico/assistenziali, ecc.). In modo che tale valutazione sia supportata da elementi oggettivi.

In particolare i singoli indicatori (KPI) sono classificati in base alla loro fonte:

- Da flussi (Fonte: MeS, LEA, altri DataBase o applicativi aziendali), il cui risultato deriva dalla fonte stessa;
- Obiettivi documentali, trasversali a più strutture o relativi alla singola struttura, per i quali sarà valutata la documentazione prodotta.

Il processo di valutazione di struttura è normato da apposito regolamento rientrante nel più completo documento definito Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP).

Parallelamente al monitoraggio della Performance di Struttura sopra richiamata, si ha quello relativo al Sistema di Valutazione della Performance Individuale assicurato dalla produzione di reportistica periodica relativa ai risultati raggiunti per ogni step del processo di valutazione individuale che passa dall'assegnazione degli obiettivi/comportamenti, attraverso una loro valutazione intermedia, alla fase della valutazione finale, con lo scopo di rilevare con tempestività eventuali criticità bloccanti l'iter di processo ed avviare opportune azioni di intervento atte a ripristinare il normale excursus e completamento del ciclo annuale.

Rendicontazione di monitoraggio periodica predisposta anche ai fini della correlazione con il sistema di *Budgeting* aziendale che prevede tra gli obiettivi operativi il rispetto dei tempi di processo tra cui quello della Performance Individuale.

Il Monitoraggio si completa con la Rendicontazione finale delle risultanze conseguite dal personale dipendente sia dell'area della Dirigenza che dell'area del Comparto predisposta anche ai fini della verifica annuale da parte dell'OIV e per la stesura della Relazione sulla Performance.

In un contesto di miglioramento del benessere lavorativo assumono particolare importanza i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza ed i componenti del Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità.

### **Rischi corruttivi, monitoraggio delle misure di prevenzione**

L'attività di monitoraggio consiste nella "razionalizzazione e messa a sistema dei controlli già esistenti", verificando l'efficacia/efficienza dell'intero workflow in transito verso e dal RPC (monitoraggio di I° e II° livello). Si tratta di un'azione continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio.

Durante l'anno spetta al RPC verificare l'osservanza e l'applicazione di tutte le misure di prevenzione previste nel PTPCT, le cui risultanze costituiranno di conseguenza il presupposto per la definizione del successivo Piano e della Relazione annuale sull'intera attività svolta. In relazione alle modalità di monitoraggio delle misure specifiche di prevenzione si rinvia a quanto illustrato nel relativo paragrafo.

Workflow annuale da Aree di rischio aziendali Somministrazione di scheda di report per attività di monitoraggio nei seguenti ambiti:

- Mappatura di processi e procedimenti
- Applicazione e controllo di misure di prevenzione
- Applicazione di misure di rotazione/avvicendamento ruoli a rischio
- Osservanza del codice di comportamento aziendale
- Segnalazione eventi anomali/irregolari
- Segnalazione conflitti di interessi/incompatibilità

### **Il sistema dei controlli e la funzione di Internal Audit**

Nel corso del tempo numerosi interventi legislativi hanno delineato il percorso evolutivo delle attività di controllo nelle amministrazioni pubbliche, introducendo così nell'ordinamento diverse tipologie di controlli via via adottati anche da parte degli enti e aziende del servizio sanitario.

Si ricordano in particolare: il D.Lgs.n. 286/1999 “Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59” che ha disciplinato le seguenti tipologie di controlli:

- Controllo di regolarità amministrativo – contabile, finalizzato a garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'attività amministrativa;
- Controllo di gestione, finalizzato a monitorare l'andamento generale delle attività dell'Ente rispetto all'efficienza ed efficacia di utilizzo delle risorse;
- Valutazione e controllo strategico, finalizzato a valutare la congruenza tra gli obiettivi strategici definiti dall'Ente in fase di pianificazione e i risultati effettivamente raggiunti;
- Valutazione della dirigenza, finalizzato ad esprimere un giudizio sulle attività svolte dai soggetti con responsabilità dirigenziale dell'Ente il D.Lgs. n. 150/2009 “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni” (“Legge Brunetta”) che ha introdotto una nuova disciplina dei controlli interni nelle amministrazioni pubbliche, modificando in parte il D.Lgs. n. 286/1999 e prevedendo la Valutazione della Performance dell'Ente, sia in termini di raggiungimento degli obiettivi prefissati, sia in termini di economicità ed efficienza della gestione delle risorse a disposizione per le amministrazioni pubbliche, con l'adozione di un solo

meccanismo definito “Ciclo di Gestione delle Performance” che include il controllo di gestione, la valutazione dirigenziale (a cui si aggiunge quella del personale) ed il controllo strategico, prevedendo inoltre l’istituzione dei cd. Organismi Indipendenti di Valutazione che hanno sostituito i preesistenti Nuclei di Valutazione.

Gli attori principali dei controlli introdotti con tali normative sono sia organi sia strutture sia organismi sia livelli direttivi:

- Il Collegio Sindacale organo dell’Azienda per quanto riguarda il controllo di regolarità amministrativo – contabile
- La struttura complessa “Controllo di gestione, sistemi informativi” per il controllo di gestione
- L’Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) e il Direttore Generale per la valutazione e controllo strategico
- L’Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) per la Valutazione della performance delle strutture e della Valutazione della dirigenza e per la valutazione individuale di seconda istanza
- I responsabili di struttura organizzativa per la valutazione individuale del personale di prima istanza L’esistenza di tali controlli tradizionali è oggetto di specifico controllo esterno da parte della Corte dei Conti che svolge specifica attività di monitoraggio sugli enti tramite specifico questionario sui controlli interni che anche le aziende sanitarie sono tenute a compilare periodicamente.

Accanto a questo nucleo originario di controlli cd “interni”, nel sistema aziendale coesistono diverse tipologie di controlli svolte da una pluralità di attori e relative ad ambiti settoriali molto eterogenei (sorveglianza sanitaria e sicurezza, qualità e rischio clinico, accreditamento, protezione dei dati, prevenzione della corruzione, appropriatezza delle prestazioni, etc...).

Rispetto a tale complessità e alle quali l’impegno dell’Azienda è orientato a una visione unitaria di tali attività in un’ottica olistica, integrata e trasparente.

Tale tipo di approccio diventa strategico al fine di evitare sovrapposizioni, duplicazioni di attività, controlli a silos (a compartimenti stagni), ridondanze di controlli o viceversa lacune che potrebbero inficiare il raggiungimento dei fini istituzionali e dei risultati aziendali.

È importante implementare a livello di tutta l’organizzazione aziendale una cultura del “Controllo” da intendersi non solo più nella sua accezione più tradizionale di attività ispettiva e di vigilanza ma nella accezione anglosassone che gli attribuisce un valore di indirizzo, guida e governo di un sistema.

Secondo questa ultima prospettiva il controllo è inteso come sistema volto a far funzionare in modo efficace ed efficiente le attività aziendali.

In quest’ottica il Sistema dei Controlli Interni può essere definito come l’insieme delle regole, procedure e strutture organizzative, che mirano a conseguire i seguenti obiettivi:

- Assicurare la conformità delle operazioni con tutto l’apparato normativo esistente

- Conseguire l'efficacia, l'efficienza e l'economicità dei processi aziendali
- Garantire la legittimità, la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa
- Assicurare l'affidabilità e l'integrità delle informazioni contabili e gestionali
- E si configura come un processo messo in atto da tutti i livelli dell'organizzazione.

In tempi recenti a seguito delle varie disposizioni nazionali sull'armonizzazione dei sistemi contabili e schemi di bilancio degli enti territoriali e del sistema sanitario, nonché in materia di Percorso attuativo di Certificabilità le Regioni hanno previsto l'istituzione da parte delle aziende di una specifica funzione di *Internal audit*.

Tale attività di controllo non rientra nell'alveo dei controlli interni tradizionalmente inteso, ma ha la sua origine nel mondo delle imprese private e la disciplina in principi e standard di livello internazionale.

Nell'ambito della pubblica amministrazione è stato introdotto a seguito delle esigenze di uniformità nei modelli per il controllo della spesa pubblica emerse a livello europeo.

L'Azienda ha istituito la funzione di *Internal audit* che trova la sua collocazione a livello di Staff della Direzione Aziendale.

Compito principale dell'*Internal audit* è fornire un'attività indipendente e obiettiva finalizzata a promuovere azioni di miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia del Sistema di **Controllo Interno e dell'organizzazione, linee di attività e linee di sviluppo**

*Check sistema normazione interna*

Nel corso del 2022 si implementerà il percorso di verifica del sistema di normazione interna che prevede una serie di step di analisi.

Il sistema ha un ruolo fondamentale per diversi ambiti e finalità (anticorruzione, controlli, revisione interna, certificabilità) e costituisce la base fondante per qualsiasi politica o governance aziendale. Per questo diventa strategico procedere a una valutazione della sua adeguatezza.

Affinché il sistema di normazione interna sia funzionale e risponda alle varie esigenze aziendali deve essere improntato alla dinamicità, alla trasparenza, chiarezza, correttezza e completezza.

Il primo profilo quello della dinamicità richiede certamente che vi sia un aggiornamento continuo sia in relazione alla evoluzione normativa sia in riferimento ai mutamenti organizzativi che possono interessare l'organizzazione aziendale. Questo assume ancor più rilevanza alla luce dell'esperienza relativa alla pandemia che ha comportato una serie di cambiamenti significativi nell'organizzazione delle attività aziendali.

È quindi fondamentale che vi sia un presidio sull'implementazione, manutenzione e aggiornamento di tale sistema. (che diventa un prerequisito essenziale anche per l'aggiornamento continuo del sistema di controllo interno previsto dalla Regione tra i requisiti in materia di Percorso Attuativo di Certificabilità).

Il primo step del percorso di analisi riguarda gli atti regolamentari che stabiliscono i principi generali e fondanti di molte attività aziendali e che in conformità alla normativa vigenti introducono nel sistema innovazioni giuridiche.

In questo percorso è stata prevista anche la collaborazione di alcune macrostrutture aziendali per le quali è stato individuato uno specifico obiettivo di budget.

In base alla sistematizzazione dei risultati complessivi finali sarà valutato il proseguimento del percorso di verifica con un focus su ulteriori tipologie di atti (ad es. procedure, etc.) o un approfondimento sulla parte degli atti di organizzazione aziendale.

### **Attività di monitoraggio/verifica**

Relativamente alle linee di sviluppo si evidenzia in generale l'avvio di un'attività di collaborazione con il RPC che costituisce una positiva innovazione a livello di interrelazione organizzativo-funzionale anche in linea con quanto nell'allegato. 1 al PNA 2019-2021.

Ulteriori linee di attività più specifiche sono collegate a:

- Attività di analisi e disegno del Sistema Aziendale di Controllo Interno
- Attività su mandato della Direzione
- Audit in materia di Data Protection

### **Controllo successivo di regolarità amministrativa**

Regolamento per l'esercizio del controllo successivo di regolarità amministrativa" recante la disciplina generale della funzione di controllo. Successivamente, un gruppo di lavoro deve definire la procedura con le modalità e le tecniche per l'effettuazione dell'attività di controllo.

L'attività di controllo, con scansione temporale quadrimestrale e per ogni quadrimestre viene predisposto per la Direzione Amministrativa un report sugli esiti dei controlli, raggruppati per struttura emittente, con le risultanze sintetiche sulla conformità delle determinazioni aziendali rispetto ai parametri predefiniti di regolarità amministrativa, eventuali criticità riscontrate, interventi correttivi disposti e relativi feed-back e ogni altra informazione utile.

Nel corso del 2022, è messo a regime il campione da selezionare, il 5 % degli atti adottati nel quadrimestre di riferimento.

Per quanto riguarda le linee di azioni future è in preventivo una revisione della procedura al fine di una rivalutazione delle attività in un'ottica più mirata di Internal audit con focus mirati su particolari categorie di atti anche di diritto privato.

### **Monitoraggio della trasparenza e attestazione OIV**

Il monitoraggio, intermedio e finale, da parte del RT è attività prodromica e collegata a quella di vigilanza da parte di OIV ed ANAC. L'incisività e la qualità del monitoraggio sono determinate dalla valutazione di più elementi, quali principalmente: l'intervallo temporale tra richiesta di trasmissione ed effettivo invio dei documenti, la qualità dei dati e informazioni da parte delle strutture aziendali, la completezza dei contenuti, il rispetto delle indicazioni in materia di privacy nella redazione delle informazioni, la congruità del formato.

Il fine generale che viene quindi considerato, oltre a quello dell'assolvimento degli obblighi, è l'attuazione del Programma trasparenza e integrità – parte integrante del PTPCT – ad opera dei dirigenti responsabili, tant'è che al monitoraggio del RT si affianca quello affidato all'OIV mediante la funzione di misurazione della performance; ed è infatti ancora all'OIV che il RT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione, oltre ad ANAC e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina (UPD).

Le attività di ricognizione e controllo sul processo di attuazione del Programma per la trasparenza e l'integrità sono svolte annualmente dall'OIV, sia attraverso la funzione di misurazione della performance (monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità), sia mediante l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza. Anche nell'anno 2022, a seguito di apposito Comunicato del Presidente ANAC, il termine per le attestazioni degli OIV in materia di obblighi di pubblicazione, in origine fissato al 31 marzo, è stato prorogato al 31 giugno 2022, con pubblicazione della relativa attestazione al successivo 30 giugno.

Gli esiti e l'attestazione dell'OIV con riguardo all'Azienda Ospedaliera di Terni sono consultabili e scaricabili dalla sottosezione di Amministrazione Trasparente “Controlli e rilievi sull'amministrazione”.

### **Monitoraggio del lavoro agile/ore**

La SC Risorse Umane e l'Ufficio Controllo di Gestione dell'Azienda garantiscono direttamente l'attivazione dei dipendenti allo Smart working, raccogliendo le disposizioni dei Direttori/Responsabili, che sono chiamati a valutare la natura dei propri servizi così da favorire il lavoro agile in caso di attività eseguibili da remoto e a monitorare il lavoro svolto dai propri collaboratori. Al fine di implementare il ricorso a tale istituto, la SC Risorse Umane e l'Ufficio Controllo di Gestione con il Centro di Formazione promuovono l'adeguamento dei sistemi e dei processi, supportano soluzioni innovative e prevedranno i percorsi formativi per il personale, con particolare attenzione in materia di privacy (intensificazione di corsi già esistenti), sicurezza e digitalizzazione. Infine, con la collaborazione dei Direttori/Responsabili dovranno realizzare una prima mappatura delle strutture aziendali nelle quali sono presenti mansioni svolgibili in Smart working, che potrà essere ulteriormente perfezionata e fungerà da parametro per verificare lo sviluppo nei prossimi anni.

Il CUG è chiamato a contribuire attivamente all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro

caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori. Nella fase ordinaria di attivazione dello Smart working, il CUG potrà condividere i dati sullo svolgimento della modalità di lavoro agile, collaborare con l'Amministrazione nell'analisi dei suoi impatti sull'efficienza dell'attività lavorativa e sul benessere organizzativo, proponendo azioni di miglioramento.

Con riferimento allo Smart working e alle diverse tipologie di indicatori che la normativa prevede per le diverse fasi di attuazione dello stesso, l'OIV potrà supportare l'amministrazione, in particolare l'Ufficio Controllo di Gestione nell'identificazione di adeguati obiettivi e indici utilizzabili per rappresentare efficacemente le condizioni abilitanti del lavoro agile, lo stato di attuazione, i contributi alla performance organizzativa e gli impatti nei diversi ambiti misurabili.

Potranno inoltre essere proposti specifici *items* di valutazione individuale in relazione alla modalità di lavoro agile.

Al Responsabile della Transizione al Digitale (RTD) è affidato il coordinamento strategico dello sviluppo dei sistemi informativi aziendali, che svolge in collaborazione con la l'Ufficio Controllo di Gestione e Servizi Informatici. Parteciperà alla programmazione formativa del personale.

#### ALLEGATI:

- Allegato 1 Relazione annuale R.P.C. anno 2023
- Allegato 2 Mappatura dei processi
- Allegato 3 Elenco obblighi di pubblicazione
- Allegato 4 Piano Triennale Fabbisogno Personale 2024 - 2026

**RELAZIONE ANNUALE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA - ANNO 2023**

Domanda	Risposta
Codice fiscale Amministrazione/Società/Ente	C.F./P. IVA 00679270553
Denominazione Amministrazione/Società/Ente	A.O. "S.MARIA" TERNI
Nome RPCT	MASSIMO
Cognome RPCT	RIZZO
Data di nascita RPCT	23/12/1970
Qualifica RPCT	DIRIGENTE MEDICO
Ulteriori incarichi eventualmente svolti dal RPCT	DIRIGENTE MEDICO DMPO
Data inizio incarico di RPCT	01/03/2019
Le funzioni di Responsabile della trasparenza sono svolte da soggetto diverso dal RPCT (Si/No)	SI
Organo d'indirizzo (solo se RPCT manca, anche temporaneamente, per qualunque motivo)	
Nome Presidente Organo d'indirizzo (rispondere solo se RPCT è vacante)	
Cognome Presidente Organo d'indirizzo (solo se RPCT è vacante)	
Data di nascita Presidente Organo d'indirizzo (solo se RPCT è vacante)	
Motivazione dell'assenza, anche temporanea, del RPCT	
Data inizio assenza della figura di RPCT (solo se RPCT è vacante)	

ID	Domanda	Risposta ( <i>Max 2000 caratteri</i> )
1	<b>CONSIDERAZIONI GENERALI SULL'ATTUAZIONE DELLA SEZIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA DEL PIAO O DEL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (PTPCT) O DELLE MISURE INTEGRATIVE AL MOG 231 E SUL RUOLO DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPCT)</b>	
1.A	Stato di attuazione del PTPCT/Sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO/MOG 231 - Valutazione sintetica del livello effettivo di attuazione del PTPCT/sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO/misure integrative MOG 231, indicando i fattori che hanno favorito il buon funzionamento del sistema	Dai monitoraggi svolti è emerso che il PTPC presenta un buon grado di attuazione e non si rilevano criticità o anomalie da segnalare.
1.B	Aspetti critici dell'attuazione del PTPCT/Sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO/MOG 231 - Qualora la sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO o il PTPCT o le misure integrative MOG 231 siano state attuate parzialmente, indicare le principali motivazioni dello scostamento tra le misure attuate e le misure programmate	Le criticità nella puntuale attuazione del PTPCT 2023-2025 , sempre e comunque nel pieno rispetto del corretto funzionamento dell'amministrazione, si riferiscono allo sforzo dei diversi Uffici/Servizi nel garantire la cd. "normalizzazione" post pandemia con il necessario impegno di risorse (anche aggiuntive) per il recupero delle prestazioni sospese nel periodo pandemico con inevitabile allungamento delle liste e dei tempi di attesa.
1.C	Ruolo del RPCT - Valutazione sintetica del ruolo di impulso e coordinamento del RPCT rispetto all'attuazione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO o del PTPCT o delle misure integrative MOG 231, individuando i fattori che ne hanno supportato l'azione	Il RPCT, in qualità di Dirigente medico della Direzione medica di Presidio, anche in considerazione dell'assenza di una struttura di supporto, ha stimolato l'attuazione del PTPCT, coordinando i responsabili delle misure e fornendo il necessario supporto.
1.D	Aspetti critici del ruolo del RPCT - Illustrare i fattori che hanno ostacolato l'azione di impulso e coordinamento del RPCT rispetto all'attuazione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO o del PTPCT o delle misure integrative MOG 231	In qualità di Dirigente medico della DMPO dell'A.O. "S.Maria" di Terni, il RPCT ha di fatto visto ridursi i margini di intervento rispetto all'attuazione puntuale del PTPCT 2023-2025. Un oggettivo ostacolo allo svolgimento del ruolo è confermato nella attuale mancanza di una adeguata struttura di supporto.

**SCHEDA PER LA PREDISPOSIZIONE ENTRO IL 31 GENNAIO 2024 DELLA RELAZIONE ANNUALE DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA**

La presente scheda è compilata dal RPCT delle pubbliche amministrazioni/enti tenuti all'adozione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO 2023 o del PTPCT 2023 e pubblicata sul sito istituzionale dell'amministrazione. Le società e gli altri enti di diritto privato in controllo pubblico nonché gli enti pubblici economici utilizzano, per quanto compatibile, la presente scheda con riferimento alle misure anticorruzione adottate in base al PNA 2022 (Delibera ANAC n. 7/2023).

<b>ID</b>	<b>Domanda</b>	<b>Risposta</b> <i>(selezionare dal menù a tendina un'opzione di risposta oppure inserire il valore richiesto)</i>	<b>Ulteriori Informazioni</b> <i>(Max 2000 caratteri)</i>
<b>2</b>	<b>GESTIONE DEL RISCHIO</b>		
2.A	Indicare se è stato effettuato il monitoraggio delle misure programmate nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, nel PTPCT o nel MOG 231 <i>(domanda facoltativa)</i>	Sì	Il monitoraggio del PTPCT 2023-2025 è stato di fatto parziale ma mirato alle aree di maggior criticità con relazioni da parte dei diversi Responsabili interessati.
2.A.4	Se non è stato effettuato il monitoraggio, indicare le motivazioni del mancato svolgimento		Nel corso dell'anno 2023, l'A.O. "S. Maria" di Terni ha fatto fronte alla necessità di adottare misure straordinarie per garantire assistenza e cura in favore dei Pazienti penalizzati dall'evento pandemico Covid" (allungamento liste e tempi di attesa per prestazioni chirurgiche e per prestazioni ambulatoriali), determinando in taluni casi una ulteriore spinta alla reingegnerizzazione di alcuni processi e alla realizzazione di alcuni progetti con la necessaria attività da parte dei Servizi/Uffici maggiormente coinvolti.

2.B	Indicare in quali delle seguenti aree si sono verificati eventi corruttivi e indicarne il numero (più risposte sono possibili). (Riportare le fattispecie penali, anche con procedimenti pendenti e gli eventi corruttivi e le condotte di natura corruttiva come definiti nel PNA 2019 ( Parte I, § 2), nella delibera n. 215 del 26 marzo 2019 ( § 3.3.) e come mappati nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, nei PTPCT delle amministrazioni/enti) o nel MOG 231:		
2.B.0	Aree a rischio considerate prioritarie		
2.B.00	Gestione fondi PNRR e fondi strutturali		
2.B.1	Acquisizione e gestione del personale		
2.B.2	Contratti pubblici		
2.B.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		
2.B.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		
2.B.5	Affari legali e contenzioso		
2.B.6	Incarichi e Nomine		
2.B.7	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio		
2.B.8	Aree di rischio ulteriori (elencare quali)		
2.B.9	Non si sono verificati eventi corruttivi		
2.C	Se si sono verificati eventi corruttivi, indicare se nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, nel PTPCT 2023 o nel MOG 231 erano state previste misure per il loro contrasto		
2.E	Indicare se sono stati mappati i processi (cfr. PNA 2022, <i>Programmazione e Monitoraggio PIAO e PTPCT</i> , § 3.1.2)	Si, parzialmente	

2.F	Se sono stati mappati i processi indicare se afferiscono alle aree prioritarie come individuate nel PNA 2022 (cfr. PNA 2022, Programmazione e Monitoraggio PIAO e PTPCT, § 3.1.2)		
2.F.0	Gestione fondi PNRR e fondi strutturali	Si	Si è proceduto a mappare la parte della pubblicazione dei documenti
2.F.00	Processi collegati a obiettivi di performance	No	
2.F.000	Processi con esposizione a rischi corruttivi significativi	No	
2.F.0000	Procedure relative ad aree a rischio specifico del singolo ente	Si	Mappatura processo relativo alle attività conseguenti al decesso di un paziente ricoverato
2.F.1	Contratti pubblici	Si	
2.F.2	Incarichi e nomine	Si	
2.F.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	No	
2.F.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	No	
2.F.5	Acquisizione e gestione del personale	Si	
2.G	Indicare se la sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO o il PTPCT è stato elaborato in collaborazione con altre amministrazioni/enti ( <i>domanda facoltativa</i> )	No	
2.H	Indicare se la sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO è stata elaborata in collaborazione o in coordinamento con i responsabili delle altre sezioni del PIAO	No	
<b>3</b>	<b>MISURE SPECIFICHE</b>		
3.A	Indicare se sono state attuate misure specifiche oltre a quelle generali	Si,	

3.B.	Indicare quali sono le tre principali misure specifiche attuate ( <i>domanda facoltativa</i> )	1) ISTITUZIONE UFFICIO ALP (per garantire un miglior coordinamento degli attori che partecipano al complessivo processo delle attività libero professionali di cui al Regolamento vigente) 2)PIASTRE AMBULATORIALI (per favorire la presa in carico del Paziente anche nell'ambito di prestazioni di specialistica ambulatoriale) 3) CENTRALIZZAZIONE CONTROLLO ORARIO PERSONALE DEL COMPARTO NON AFFERENTE AL SITRO (per razionalizzare l'utilizzo di risorse umane e standardizzare i controlli sugli orari del personale dipendente)	
<b>4</b>	<b>TRASPARENZA</b>		
4.A	Indicare se è stato informatizzato il flusso per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente o Società trasparente"	Sì (indicare le principali sotto-sezioni alimentate da flussi informatizzati di dati)	tutte le sottosezioni
4.B	Indicare se il sito istituzionale, relativamente alla sezione "Amministrazione trasparente o Società trasparente ", ha l'indicatore delle visite	Sì (indicare il numero delle visite)	l'Ufficio che gestisce il sito è in grado di estrarre mensilmente il numero di visite al sito e alle singole sezioni
4.C	Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico "semplice" (art. 5, co. 1 dlgs 33/2013)	Sì (riportare il numero di richieste pervenute e il numero di richieste che hanno dato corso ad un adeguamento nella pubblicazione dei dati)	4
4.D	Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico "generalizzato" (art. 5, co. 1 dlgs 33/2013)	Sì (riportare il numero complessivo di richieste pervenute e, se disponibili, i settori interessati dalle richieste di accesso generalizzato)	1
4.E	Indicare se è stato istituito il registro degli accessi	Sì (se disponibili, indicare i settori delle richieste)	non è ancora in linea la versione informatizzata
4.F	E' rispettata l'indicazione che prevede di riportare nel registro l'esito delle istanze ( <i>domanda facoltativa</i> )	Sì	

4.G	Indicare se sono stati svolti monitoraggi sulla pubblicazione dei dati	Si (indicare la periodicità dei monitoraggi e specificare se essi hanno riguardato la totalità oppure un campione di obblighi per amministrazioni/enti con meno di 50 dipendenti)	rilevazioni periodiche fatte nel 2023 su campione di Uffici + n.2 monitoraggi con OIV
4.G.1	Indicare se è stata garantita trasparenza anche degli atti, dati e informazioni relativi al PNRR, da pubblicare secondo le indicazioni della RGS, mediante l'inserimento, nella corrispondente sottosezione di A.T., di un link che rinvia alla predetta sezione dedicata all'attuazione delle misure del PNRR (cfr. PNA 2022, § 3 parte trasparenza)	Si	
4.H	Formulare un giudizio sul livello di adempimento degli obblighi di trasparenza indicando quali sono le principali inadempienze riscontrate nonché i principali fattori che rallentano l'adempimento	BUON LIVELLO ADEMPIMENTO OBBLIGHI	
<b>5</b>	<b>FORMAZIONE DEL PERSONALE</b>		
5.A	Indicare se è stata erogata la formazione dedicata specificamente alla prevenzione della corruzione tenendo anche conto dell'obbligo di formazione sui temi dell'etica (art. 15, co. 5-bis, del d.P.R. 62/2013).	Si	Corso di formazione "IL NUOVO PIANO NAZIONALE ANTICORRUZIONE (AGGIORNAMENTO DICEMBRE 2023): LINEE DI INDIRIZZO OPERATIVE PER LA REDAZIONE DEL PTPCT 2024-26 E LE CONNESSIONI CON IL NUOVO CODICE DEGLI APPALTI", tenuto il 17/01/2024 al quale hanno partecipato l'RPTC, il Responsabile Trasparenza e il Direttore Ufficio Formazione, Qualità e Comunicazione
5.B	Se non è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare le ragioni della mancata erogazione		
5.E	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione indicare se ha riguardato, in particolare: <i>(domanda facoltativa)</i>		
5.E.0	La gestione delle situazioni di conflitto di interessi		
5.E.1	Etica ed integrità		

5.E.2	I contenuti dei codici di comportamento		
5.E.3	I contenuti del PTPCT/Sezione anticorruzione e trasparenza PIAO/MOG 231		
5.E.4	Processo di gestione del rischio		
5.C	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare quali soggetti tra i seguenti hanno svolto le docenze:		
5.C.1	SNA		
5.C.2	Università		
5.C.3	Altro soggetto pubblico (specificare quali)		
5.C.4	Soggetto privato (specificare quali)		
5.C.5	Formazione in house		
5.C.6	Altro (specificare quali)		
5.D	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, formulare un giudizio sulla formazione erogata con particolare riferimento all'appropriatezza di destinatari e contenuti, sulla base di eventuali questionari somministrati ai partecipanti	Giudizio buono sulla formazione erogata con adeguato coinvolgimento e interesse dei discenti sugli argomenti trattati.	
<b>6</b>	<b>ROTAZIONE DEL PERSONALE</b>		
6.A	Indicare il numero di unità di personale dipendente di cui è composta l'amministrazione:		
6.A.1	Numero dirigenti o equiparati		
6.A.2	Numero non dirigenti o equiparati		
6.B	Indicare se nell'anno 2023 è stata effettuata la rotazione dei dirigenti come misura di prevenzione del rischio	No, anche se la misura era prevista dal PTPCT/Sezione PIAO/MOG 231 con riferimento all'anno 2023	Nel PTPCT 2023-2025, era previsto che "In tema di rotazione dei dirigenti e funzionari addetti soprattutto alle aree a più elevato rischio di corruzione, l'A.O. si impegna ad attuarla nei limiti e alle condizioni che oggettivamente lo consentono, visti anche i contenuti dell'intesa tra Governo, Regioni ed Enti Locali sancita in data 24 luglio 2013 ed alla luce delle considerazioni contenute nel PNA 2016.". Risulta evidente che "limitata" numerosità del Personale dipendente interessato anche nell'anno 2023 ha reso impraticabile la rotazione del personale per la quale è evidentemente necessario mettere in previsione tempi di "affiancamento", "presa visione" poco compatibili con

			la necessità di rispondere tempestivamente alle esigenze della struttura sia in ambito sanitario che in ambito amministrativo.
6.C	Indicare se l'ente, nel corso del 2023, è stato interessato da un processo di riorganizzazione (anche se avviato in anni precedenti e concluso o in corso nel 2023) ( <i>domanda facoltativa</i> )		
<b>7</b>	<b>INCONFERIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI D.LGS. 39/2013</b>		
7.A	Indicare se sono state effettuate verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rese dagli interessati sull'insussistenza di cause di inconferibilità	Si (indicare il numero di verifiche e il numero di eventuali violazioni accertate)	Nomina del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo
7.B	Indicare, con riferimento all'anno 2023, se è stata accertata l'inconferibilità degli incarichi dirigenziali per sussistenza di condanna penale, ai sensi dell'art. 3 del d.lgs. n. 39/2013	Si	
<b>8</b>	<b>INCOMPATIBILITÀ PER PARTICOLARI POSIZIONI DIRIGENZIALI - D.LGS. 39/2013</b>		
8.A	Indicare se sono state adottate misure per verificare la presenza di situazioni di incompatibilità	Si (indicare quali e il numero di violazioni accertate)	nell'ambito delle norme concorsuali e avvisi, incarichi legali e contratti a partita IVA : non sono state accertate violazioni
<b>9</b>	<b>CONFERIMENTO E AUTORIZZAZIONE INCARICHI AI DIPENDENTI</b>		
9.A	Indicare se è stata adottata una procedura prestabilita per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi	Si	Regolamento aziendale su Incarichi extra-istituzionali
9.C	Indicare se sono pervenute segnalazioni sullo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati	No	
<b>10</b>	<b>TUTELA DI CHI SEGNALE ILLECITI (WHISTLEBLOWING)</b>		

10.A	Indicare se è stato attivato un canale interno per la presentazione e la gestione di segnalazione di condotte illecite (d.lgs. 24/2023)	Sì	Nel PTCP 2023-2025 sono state indicate le modalità per l'effettuazione della segnalazione. È attivo il sistema informatizzato dedicato per eventuali segnalazioni con garanzia di anonimato. Per l'anno 2024 è attivo un nuovo portale per il whistleblowing.
10.C	Se non è stata attivata la piattaforma informatica, ai sensi dell'art. 4, co. 1 del d.lgs. 24/2023 e come indicato nelle LLGG ANAC di cui alla delibera n. 311 del 12 luglio 2023, indicare attraverso quali altri mezzi il segnalante può inoltrare la segnalazione		
10.D	Se è stato attivato il canale interno per la segnalazione indicare se sono pervenute segnalazioni di whistleblower	No	
<b>11</b>	<b>CODICE DI COMPORTAMENTO</b>		
11.A	Indicare se è stato adottato il codice di comportamento che integra e specifica il codice adottato dal Governo (D.P.R. n. 62/2013)	Sì	
11.B	Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se gli obblighi di condotta ivi previsti sono stati estesi a tutti i soggetti di cui all'art. 2, co. 3, d.P.R. 62/2013 (collaboratori e consulenti, titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, collaboratori di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore delle amministrazioni) ( <i>domanda facoltativa</i> )	Sì	
11.C	Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se sono pervenute segnalazioni relative alla violazione del D.P.R. n. 62/2013 e delle eventuali integrazioni previste dal codice dell'amministrazione	Sì (indicare il numero delle segnalazioni pervenute e il numero di violazioni accertate)	3
11.D	Indicare se il codice di comportamento dell'amministrazione è stato adeguato alle modifiche intercorse nel 2023 al d.P.R. n. 62/2013	L'adeguamento è in corso	
<b>12</b>	<b>PROCEDIMENTI DISCIPLINARI E PENALI</b>		
12.B	Indicare se nel corso del 2023 sono stati avviati procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti	No	

12.D	Se nel corso del 2023 sono stati avviati procedimenti disciplinari per eventi corruttivi, indicare quanti sono riconducibili a fatti penalmente rilevanti (il numero di procedimenti per ciascuna tipologia; lo stesso procedimento può essere riconducibile a più reati):		
12.D.1	Peculato – art. 314 c.p.		
12.D.2	Concussione - art. 317 c.p.		
12.D.3	Corruzione per l'esercizio della funzione - art. 318 c.p.		
12.D.4	Corruzione per un atto contrario ai doveri di ufficio –art. 319 c.p.		
12.D.5	Corruzione in atti giudiziari –art. 319ter c.p.		
12.D.6	Induzione indebita a dare o promettere utilità – art. 319quater c.p.		
12.D.7	Corruzione di persona incaricata di pubblico servizio –art. 320 c.p.		
12.D.8	Istigazione alla corruzione –art. 322 c.p.		
12.D.9	Traffico di influenze illecite -art. 346-bis c.p.		
12.D.10	Turbata libertà degli incanti -art. 353 c.p.		
12.D.11	Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente -art. 353 bis c.p.		
12.D.12	Altro (specificare quali)		
12.E	Indicare a quali aree di rischio sono riconducibili i procedimenti disciplinari per eventi corruttivi, penalmente rilevanti e non (Indicare il numero di procedimenti per ciascuna delle sottostanti aree):		
12.E.0	Aree a rischio considerate prioritarie		
12.E.00	Gestione fondi PNRR e fondi strutturali		
12.E.1	Contratti pubblici		
12.E.2	Incarichi e nomine		
12.E.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		

12.E.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		
12.E.5	Acquisizione e gestione del personale		
12.F	Indicare se nel corso del 2023 sono stati avviati a carico dei dipendenti procedimenti disciplinari per violazioni del codice di comportamento, anche se non configurano fattispecie penali		
<b>13</b>	<b>ALTRE MISURE</b>		
13.A	Indicare se si sono verificate violazioni dei divieti contenuti nell'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001 per i soggetti condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati di cui al Capo I, Titolo II, Libro II, c.p.	No	
13.B	Indicare se ci sono stati casi di attivazione delle azioni di tutela previste in eventuali protocolli di legalità o patti di integrità inseriti nei contratti stipulati (cfr. Delibera n. 309 del 27 giugno 2023 - Bando tipo n. 1 - 2023)	No	
<b>14</b>	<b>ROTAZIONE STRAORDINARIA</b>		
14.A	Indicare se si è reso necessario adottare provvedimenti di rotazione straordinaria del personale di cui all'art. 16, co. 1, lett. 1-quater, d.lgs.165/2001, a seguito dell'avvio di procedimenti penali o disciplinari per le condotte di natura corruttiva (cfr. Delibera n. 215 del 26 marzo 2019)	No	
<b>15</b>	<b>PANTOUFLAGE</b>		
15.A	Indicare se sono stati individuati casi di pantouflage di dirigenti		
15.B	Indicare se sono state attuate le misure per prevenire il pantouflage.	Sì, con misure diverse	Dichiarazione al momento della cessazione del rapporto di lavoro.



# Mappatura dei processi

---



Area Organizzativa: S.C. Tecnico patrimoniale							
	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Monitoraggio e valutazione	Indicatore	tempistica
1.	Nomina Commissione Giudicatrice (scelta componenti, predisposizione provvedimento di nomina Commissione)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso /partecipazione alla Commissione Giudicatrice (e/o individuazione) al fine di agevolare particolari soggetti</li> <li>- Mancato rispetto dei criteri di individuazione e di verifica delle offerte anormalmente basse, anche sotto il profilo procedurale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• È prevista la partecipazione di più Uffici e figure nonché di passaggi procedurali che garantiscono imparzialità e trasparenza.</li> <li>• Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi – Inconferibilità - . Dichiarazione ex art. 51 c.p.c.</li> <li>• Pubblicazione dei componenti delle commissioni sul sito web Aziendale-</li> <li>• Obblighi di rotazione nelle nomine</li> <li>• Tracciatura del procedimento di valutazione delle offerte anormalmente basse e di verifica della congruità dell'anomalia, specificando espressamente le motivazioni nel caso in cui, all'esito del procedimento di verifica, la stazione appaltante non abbia proceduto all'esclusione.</li> </ul>	ALTO	Audit in ordine alla composizione della commissione	Rendicontazione delle nomine dei Commissari di gara giudicatrice con cadenza annuale.	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
2.	Affidamento incarichi professionali	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un professionista;</li> <li>- Eventuale abuso nel ricorso all'affidamento diretto ed alle procedure negoziate senza bando al fine di favorire un professionista;</li> <li>- Alterare le verifiche per favorire alcuni operatori economici</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attuazione di procedura di scelta del contraente caratterizzata dall'adozione preventiva di regole atte a garantire un maggiore grado di tutela della concorrenza;</li> <li>• Creazione di parametri definiti e specifici per la valutazione delle offerte economicamente più vantaggiose;</li> <li>• Rotazione dei professionisti iscritti all'Albo della Regione Umbria secondo criteri di competenza;</li> <li>• Pubblicazione sul sito istituzionale dell'Ente degli avvisi di selezione per l'affidamento dell'incarico e dell'elenco degli incarichi conferiti;</li> <li>• rispetto degli obblighi di pubblicità di cui al D.Lgs. 33/2013</li> <li>• pubblicazione degli esiti dei provvedimenti</li> <li>• pubblicazione degli atti stessi sul sito della Azienda</li> </ul>	ALTO	Previsione di un controllo periodico a campione sui provvedimenti del settore	Numero affidamenti aggiudicati negli ultimi cinque anni	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

## Area Organizzativa: S.C. Tecnico patrimoniale

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Monitoraggio e valutazione	Indicatore	tempistica
3.	Gestione procedure di gara (Predisposizione documentazione di gara, indizione procedura, svolgimento gara, predisposizione provvedimento di affidamento, stipulazione contratto)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Previsione di elementi ad elevata discrezionalità nella definizione dei criteri e nell'attribuzione dei punteggi</li> <li>- Discrezionalità interpretativa delle regole di affidamento con improprio utilizzo dei modelli procedurali al fine di agevolare particolari soggetti</li> <li>- Uso distorto dell'offerta economicamente più vantaggiosa finalizzato a fini impropri;</li> <li>- Omissione delle verifiche in capo all'aggiudicatario o alterazioni delle stesse per favorire altri operatori economici;</li> <li>- Ritardi o inesattezze nelle formalizzazioni che possono indurre l'aggiudicatario a sciogliersi dai vincoli contrattuali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantire la massima imparzialità e trasparenza attraverso:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presenza di più incaricati nell'espletamento dell'istruttoria, fermo restando la responsabilità del procedimento in capo ad un unico dipendente</li> <li>2. Formalizzazione delle principali fasi procedurali (es. pubblicazioni sul sito web aziendale e certificazioni di regolare esecuzione)</li> </ol> </li> <li>• Definizione analitica dei requisiti occorrenti ;</li> <li>• Verifica di conformità ai bandi tipo ANAC e obbligo di motivazione in caso di scostamenti;</li> <li>• Pubblicazione degli avvisi e dei bandi sul sito della Azienda</li> <li>• Tempestività della pubblicazione degli esiti dei provvedimenti</li> <li>• Dichiarazione di assenza di conflitto d'interesse</li> <li>• Obbligo di motivazione nella delibera a contrarre circa la scelta della procedura e circa il sistema di affidamento;</li> <li>• Rispetto delle normative sulla tracciabilità dei pagamenti;</li> <li>• previsione di clausole risolutive del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nei patti d'integrità</li> </ul>	ALTO	- Audit a campione sulle procedure non aperte	Il valore delle procedure non aperte (cottimo, affidamento Diretto o senza pubblicazione del bando), /valore complessivo delle procedure in un determinato periodo	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

## Area Organizzativa: S.C. Tecnico patrimoniale

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Monitoraggio e valutazione	Indicatore	tempistica
4.	Autorizzazione ai subappalti	Abuso della discrezionalità nella verifica della documentazione presentata al fine di agevolare determinati soggetti, ricorso improprio all'utilizzo del silenzio assenso	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trasmissione alla competente Prefettura della documentazione per il rilascio delle informazioni antimafia</li> </ul>	ALTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Previsione di forme di controllo in ordine all'applicazione dell'istituto</li> <li>Valorizzazione del controllo successivo ai fini della verifica della corretta applicazione della normativa.</li> </ul>	Verifica della liquidazione dei lavori subappaltati come da contratto	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
5.	Varianti in corso di esecuzione dei contratti d'appalto	- Ammissione di varianti per consentire all'appaltatore di recuperare il ribasso offerto in sede di gara o conseguire utilità ulteriori	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assoggettamento delle varianti a controllo successivo;</li> <li>Verifica del corretto assolvimento dell'obbligo di trasmissione all'ANAC delle varianti;</li> <li>Pubblicazione sul sito web Aziendale degli atti.</li> </ul>	ALTO	Audit in ordine all'applicazione dell'istituto	Numero degli affidamenti con almeno una variante / il numero totale degli affidamenti effettuati nell'arco dei tre anni	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

## Area Organizzativa: S.C. Tecnico patrimoniale

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Monitoraggio e valutazione	Indicatore	tempistica
6.	Procedura negoziata	Abuso della procedura negoziata al solo scopo di favorire una o più imprese	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorizzazione del controllo successivo ai fini della verifica della corretta applicazione della normativa.</li> <li>• Predeterminazione nella determina a contrarre dei criteri che saranno utilizzati per l'individuazione delle imprese da invitare.</li> <li>• Pubblicazione sul sito aziendale delle sedute di gara e pubblicazione della determina a contrarre</li> <li>• Pubblicazione degli esiti delle procedure</li> </ul>	ALTO	Audit a campione sulle procedure non aperte	Il valore delle procedure non aperte/il valore complessivo delle procedure in un determinato periodo	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
7.	Risoluzione delle controversie	Scelta di sistemi alternativi a quelli giudiziali al solo scopo di favorire l'appaltatore	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assoggettamento a controllo successivo ai fini della verifica della corretta applicazione della normativa.</li> <li>• Pubblicazione sul sito web Aziendale degli atti corrispondenti</li> </ul>	MEDIO	Audit in ordine alla risoluzione contrattuale	Numero delle risoluzioni delle controversie /numero appalti affidato nell'arco dei cinque anni.	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
8.	Contabilizzazione lavori In corso d'opera stato finale a collaudo	Abusi/irregolarità nella vigilanza/contabilizzazione lavori per favorire l'impresa esecutrice	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assoggettamento delle varianti a controllo successivo ai fini della verifica della corretta applicazione della normativa.</li> <li>• Pubblicazione sul sito web Aziendale atti dei corrispondenti</li> </ul>	ALTO	Audit a campione in ordine ai contratti, alla contabilità, allo stato finale ed al collaudo.	Rapporto tra scostamenti di costo di ogni singolo contratto / il numero complessivo di contratti conclusi. Numero di audit con esito negativo	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti



9.	Liquidazioni (fatture, imposte e tasse, oneri condominiali)	Liquidazione non dovute	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Più attori nel processo</li> <li>• Il controllo delle fatture viene svolto da una funzione diversa da quella che svolge l'ordine</li> <li>• Liquidazione attraverso determina dirigenziale informatizzata (istruttore+RUP+dirigente)</li> </ul>	MEDIO	Corrispondenza dovuto/liquidato	Verifica a campione della corrispondenza a dovuto/liquidato	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
----	---	-------------------------	--	-------	---------------------------------	---	--


**Area Organizzativa: S.C. Servizio Farmaceutico**

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
1	Programmazione e acquisti	- Definizione di fabbisogni non rispondenti a criteri di efficienza/efficacia/economicità	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoraggio scadenze contrattuali</li> <li>• Individuazione delle priorità sulla base di criteri economici e delle scadenze contrattuali</li> </ul>	ALTO	Numero di richieste di rinnovo contrattuale inviate in ritardo rispetto al termine di 3 mesi dalla scadenza del precedente contratto/ n° totale di richieste di rinnovo contrattuale	L'indicatore deve essere monitorato con cadenza annuale da parte dell'Ufficio Provveditorato	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
2	Acquisti da contratto	- Ordini di quantitativi superiori alle effettive necessità	<ul style="list-style-type: none"> <li>• D.Lgs 50/2016 e D.Lgs.56/2017</li> <li>• D.P.R. N. 207/2012</li> <li>• Delibera di aggiudicazione</li> <li>• Contratto stipulato con i fornitori</li> <li>• Responsabile Esecuzione del contratto</li> </ul>	BASSO	Valore dell'ordinato superiore all'importo contrattuale e giacenze alte rispetto al consumato	L'indicatore deve essere monitorato periodicamente nell'ambito della validità contrattuale.	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
3	Gestione magazzino farmaceutico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mancata rilevazione della non corrispondenza della merce pervenuta con quanto indicato nel documento di trasporto</li> <li>- Evasione richieste non congrue rispetto alle medie di consumo dei vari CDC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Al processo partecipano più operatori</li> <li>• Le non conformità delle forniture sono registrate anche nella procedura SAP</li> </ul>	MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero non conformità rilevate nel controllo merci</li> <li>• Numero evasione richieste non congrue</li> </ul>	Monitoraggio annuale degli indicatori	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

## Area Organizzativa: S.S. Acquisizione beni e servizi

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	Tempistica
1	<p>Programmazione.</p> <p>Definizione dei fabbisogni di beni consumabili e servizi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza efficacia ed economicità</li> <li>- Nelle consultazioni preliminari di mercato, la mancanza di trasparenza nelle modalità di dialogo con gli operatori consultati</li> <li>- Acquisizione di prodotti impropriamente classificati come infungibili</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il fabbisogno deve essere espressamente esplicitato in termini di natura, quantità e tempistica</li> <li>- Adozione di delibera per programmazione triennale degli acquisti;</li> <li>- PROGRAMMAZIONE AGGIUNTIVA RELATIVAMENTE ALLE ACQUISIZIONI DI BENI E SERVIZI DI VALORE INFERIORE AD EURO 140.000,00 ( ART. 50,COMMA 1, LETTERA B) DEL CODICE)</li> <li>- Individuazione criteri di priorità</li> <li>- Elaborazione dello scadenzario dei contratti</li> <li>- Pubblicazione MENSILE degli affidamenti</li> <li>- Pubblicazione, sui siti istituzionali, di report MENSILI in cui siano rendicontati TUTTI I CONTRATTI ( RIFERITI AI CONTRATTI PONTE E NUOVE PROCEDURE )</li> <li>- Applicazione delle Linee guida ANAC n. 8 “Ricorso a procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando nel caso di forniture e servizi ritenuti infungibili”</li> <li>- APPLICAZIONE DELLE DISPOSIZIONI DI CUI AL REGOLAMENTO AZIENDALE RIFERITO ALL’ACQUISIZIONE DEI BENI INFUNGIBILI (DELIBERA N. 168/2022)</li> </ul>	ALTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero degli affidamenti non programmati, rispetto al totale degli affidamenti effettuati in un determinato arco di tempo</li> <li>- Numero affidamenti per prodotti infungibili effettuati in conformità alle Linee Guida ANAC e con Dichiarazione di infungibilità del professionista competente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gli affidamenti non programmati non devono essere più del 50% del totale degli affidamenti effettuati</li> <li>- Il 100% degli affidamenti per prodotti infungibili effettuati in conformità alle Linee Guida ANAC e con Dichiarazione di infungibilità del professionista competente</li> </ul>	<p>Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti</p>



2	<p>Progettazione della gara</p> <p>Predisposizione Capitolati d'appalto da porre a base di gara</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Previsione di requisiti restrittivi di partecipazione alla gara</li> <li>- Previsione di elementi ad alta discrezionalità nella definizione delle caratteristiche tecnico-economiche tali da favorire un operatore economico o da eludere l'applicazione di alcune disposizioni normative</li> <li>- Acquisto autonomo di beni presenti in convenzioni, accordi quadro e mercato elettronico</li> <li>- Elusione delle regole di affidamento degli appalti, mediante l'improprio utilizzo di sistemi di affidamento, di tipologie contrattuali o di procedure negoziate e affidamenti diretti per favorire un operatore;</li> <li>- Individuazione discrezionale degli operatori economici da consultare e mancata rotazione nelle procedure negoziate e affidamenti diretti</li> <li>- Abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere;</li> <li>- Acquisto autonomo di beni/servizi presenti in convenzioni-accordi quadro-SDAPA-MEPA</li> <li>- Il ricorso al criterio dell'OEPV per l'affidamento di beni e servizi standardizzati</li> <li>- Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acquisizione di dichiarazioni, da parte dei soggetti coinvolti nella progettazione, con le quali si attesta l'assenza di incompatibilità e di conflitto di interessi in relazione alla gara.</li> <li>- Obbligo di motivazione nella determina a contrarre in ordine sia alla scelta della procedura in relazione all'offerta della Centrale di committenza e di Consip, sia alla scelta del sistema di affidamento adottato ovvero della tipologia contrattuale</li> <li>- Predeterminazione nella determina a contrarre dei criteri che saranno utilizzati per l'individuazione delle imprese da invitare per procedure negoziate e affidamenti diretti</li> <li>- Pubblicazione di appositi avvisi per manifestazioni di interesse, sorteggi su MEPA e utilizzo di elenchi aperti di operatori economici</li> <li>- Determinazione dell'importo del contratto a base d'asta: il valore stimato del contratto è basato sui dati di consumo; peraltro i DEC certificano tali valori e devono adeguatamente relazionare nel caso di variazioni nella nuova gara dell'importo necessario a garantire la corretta esecuzione del contratto</li> <li>- Acquisizione di dichiarazioni, da parte dei soggetti coinvolti nella progettazione, con le quali si attesta che i beni/servizi non sono presenti sulla piattaforma CONSIP.</li> <li>- Adozione di direttive interne che limitino il ricorso all'OEPV, in caso di affidamento di beni/servizi standardizzati</li> <li>- Utilizzo dei bandi e capitolati per verificarne la conformità ai bandi tipo redatti dall'ANAC (misura da adottare nei primi sei mesi dell'anno 2020)</li> <li>- Utilizzo di clausole standard conformi alle prescrizioni normative con riguardo a garanzie a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici</li> <li>- Pubblicazione nominativi dei componenti delle commissioni e dei curricula sul sito aziendale</li> <li>- Comunicazione del nominativo dei soggetti cui ricorrere in caso di ingiustificato ritardo o diniego dell'accesso ai documenti di gara</li> <li>- Acquisizione offerte tramite protocollo generale dell'ente per le gare che non si svolgono su piattaforma informatica</li> <li>- Conservazione illimitata della documentazione di gara negli archivi aziendali</li> </ul>	ALTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero di delibere a contrarre con indicazione dell'avvenuta verifica dell'esistenza di convenzioni stipulate dalla Centrale di committenza o da Consip rispetto al numero totale di delibere a contrarre</li> <li>- Numero degli affidamenti che hanno utilizzato come criterio di scelta quello dell'offerta economicamente più vantaggiosa rispetto a tutti gli affidamenti effettuati</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il 100% delle delibere a contrarre deve indicare l'avvenuta verifica dell'esistenza di convenzioni stipulate dalla Centrale di committenza o da Consip</li> <li>- Il 100% degli acquisti di prodotti standardizzati deve essere effettuato con il criterio del prezzo più basso</li> </ul>	<p>Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti</p>
---	---	---	--	------	---	---	--



		<ul style="list-style-type: none"><li>- Alterazione o sottrazione della documentazione di gara sia in fase di gara che in fase successiva di controllo.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Menzione nei verbali di gara delle specifiche cautele adottate a tutela dell'integrità e della conservazione delle buste contenenti l'offerta</li></ul>				
--	--	---	---	--	--	--	--



3	RUP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conflitto d'interesse in relazione all'affidamento</li> <li>- Nomina di responsabili del procedimento privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Misure di trasparenza volte a garantire la nomina di RP a soggetti in possesso dei requisiti di professionalità necessari</li> <li>- Acquisizione dichiarazione assenza conflitto d'interesse</li> <li>- Previsione di procedure interne che individuino criteri di rotazione straordinaria da applicarsi successivamente al verificarsi di fenomeni corruttivi, prevista nel d.lgs. n. 165 del 30 marzo 2001, art. 16, co. 1, lett. l-quater</li> </ul>	ALTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero dichiarazioni acquisite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% dichiarazioni rispetto agli affidamenti</li> </ul>	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti
4	Adesione agli strumenti delle Centrali di Committenza o dei soggetti aggregatori	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mancato rispetto dei tempi di invio fabbisogni</li> <li>- Mancata/parziale adesione rispetto al fabbisogno espresso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acquisizione dei dati presso i servizi competenti e controllo dei tempi d'invio</li> </ul>	MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Numero invii fabbisogni entro i termini</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gli invii tardivi non devono superare il 50% degli invii</li> </ul>	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti
					<ul style="list-style-type: none"> <li>Numero recepimenti rispetto i fabbisogni espressi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>100% di adesioni rispetto ai fabbisogni espressi</li> </ul>	
5	Selezione del contraente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manipolazioni per ridurre il numero dei concorrenti o per applicare in modo distorto i criteri di aggiudicazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rilascio da parte dei commissari delle dichiarazioni di assenze di conflitto di interessi, di inconfiribilità e dichiarazione ex art.51 c.p.c.</li> </ul>	ALTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero procedure con un solo offerente rapportato al numero totale di procedure attivate</li> <li>- Numero delle dichiarazioni acquisite rispetto al numero dei commissari nominati</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il numero delle procedure con un solo offerente non deve superare il 50% del totale delle procedure attivate</li> <li>- Acquisizione del 100% delle dichiarazioni dei commissari</li> </ul>	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti
6	Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempo intercorrente tra aggiudicazione efficace e stipula</li> <li>- Alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche in capo all'aggiudicatari</li> <li>- Prescrizioni del bando e delle clausole contrattuali finalizzate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rilevazione tempi di stipula</li> <li>- Utilizzo AVCPASS</li> <li>- Tracciabilità dei flussi finanziari</li> <li>- Previsione in tutti i bandi, gli avvisi, le lettere di invito o nei contratti adottati di una clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità</li> </ul>	MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero contratti verificati</li> <li>- Numero degli aggiudicatari verificati rispetto alle aggiudicazioni effettuate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il numero dei contratti stipulati dopo 60 gg dall'efficacia dell'aggiudicazione, non deve superare</li> </ul>	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti



		<p>ad agevolare determinati concorrenti;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mancata pubblicazione dei provvedimenti di affidamento per evitare la proposizione di ricorsi</li> <li>- Mancata pubblicazione dei provvedimenti di esclusione per evitare la proposizione di ricorsi</li> <li>- Ricorrenza delle aggiudicazioni ai medesimi Operatori economici</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adozione degli affidamenti con Delibera del Direttore Generale o con Determina Dirigenziale, pubblicate nell'Albo Pretorio dell'Ente</li> <li>- Pubblicazione dei provvedimenti di esclusione sul portale aziendale, sezione "Amministrazione trasparente" e comunicazione degli stessi agli interessati nei termini di legge</li> <li>- Pubblicazione di appositi avvisi per manifestazioni di interesse</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero degli affidamenti pubblicati nell'Albo Pretorio dell'Ente rispetto agli affidamenti effettuati</li> <li>- Numero provvedimenti di esclusione pubblicati sul portale aziendale e comunicati agli stessi agli interessati rispetto al totale</li> </ul>	<p>il 50% dei contratti stipulati</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% degli aggiudicatari con controlli diversificati con riferimento al valore dell'affidamento</li> <li>- 100% degli affidamenti pubblicati nell'Albo Pretorio</li> <li>- 100% dei provvedimenti di esclusione pubblicati sul portale aziendale e comunicati agli stessi agli interessati</li> </ul>	
7	Esecuzione del contratto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mancato controllo sullo stato di avanzamento dell'esecuzione</li> <li>- Mancato rispetto dei tempi di esecuzione e delle clausole contrattuali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuazione del Direttore Esecuzione del Contratto</li> <li>- Trasmissione all'ANAC delle varianti</li> <li>- Ammissione esclusivamente dei subappalti indicati in sede di offerta e nel limite della quota del 40% dell'importo del contratto</li> <li>- Redazione, per i maggiori servizi appaltati, di apposite check-list a cura del Direttore di Esecuzione del Contratto e dei relativi assistenti per verificare la conformità al contratto delle prestazioni rese e il rispetto delle tempistiche (misura da adottare nei primi sei mesi dell'anno 2020)</li> <li>- Applicazione di penali a carico dell'appaltatore</li> <li>- Pubblicazione degli accordi bonari e transazioni nel periodo di riferimento</li> </ul>	ALTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero dei subappalti indicati in sede di offerta rispetto al totale di subappalti</li> <li>- Numero dei subappalti controllati rispetto al totale di subappalti</li> <li>- Numero di accordi bonari e transazioni pubblicati rispetto al totale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% dei subappalti indicati in sede di offerta</li> <li>- 100% dei subappalti controllati</li> <li>- 100% di accordi bonari e transazioni pubblicati</li> </ul>	<p>Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti</p>



					di accordi bonari e transazioni		
8	Rendicontazione del contratto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mancata acquisizione dei certificati di regolare esecuzione, di acquisizione dei beni o dei collaudi</li> <li>- Mancata acquisizione del CIG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nomina del Direttore Esecuzione del Contratto e individuazione del Responsabile dei recepimento del bene</li> <li>- Pubblicazione del report periodico delle procedure di gara espletate sul sito aziendale</li> <li>- Effettuazione dei pagamenti solo a seguito di attestazione di regolare esecuzione del contratto rilasciata dal Direttore di Esecuzione del Contratto</li> </ul>	MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero dei collaudi effettuati rispetto al numero degli acquisiti di apparecchiature</li> <li>- Numero di pagamenti effettuati a seguito di attestazione di regolare esecuzione del contratto rispetto al numero totale di pagamenti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% dei collaudi delle apparecchiature</li> <li>- 100% dei di pagamenti effettuati a seguito di attestazione di regolare esecuzione del contratto</li> </ul>	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti

9	Liquidazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liquidazione somme non dovute</li> <li>- Collusione con l'appaltatore per agevolarlo nella fase di liquidazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regolamento aziendale (misura da adottare nei primi sei mesi dell'anno 2020)</li> <li>- Più attori coinvolti nel processo</li> <li>- Liquidazione attraverso determina dirigenziale informatizzata (istruttore+ RUP+ dirigente)</li> <li>- Pubblicazione dei dati sul portale web aziendale</li> </ul>	BASSO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero di liquidazioni effettuate con Determina Dirigenziale informatizzata rispetto al numero totale di liquidazioni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% liquidazioni effettuate con Determina Dirigenziale informatizzata</li> </ul>	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti
10	Gestione cassa economale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sottrazione indebita somme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regolamento aziendale</li> </ul>	BASSO	Numero rilievi del Collegio Sindacale	0 rilievi del Collegio Sindacale	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti
11	Gestione magazzini economali	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sottrazione indebita beni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adozione modulistica carico/scarico</li> <li>- Richieste dei reparti e ricevute con timbro e firma leggibile</li> </ul>	BASSO	Discordanze riscontrate in sede di inventario	0 discordanze	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti



## Area Organizzativa: Servizio Economico Finanziario

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischi o	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
1.	Ciclo passivo: pagamenti	Mancato rispetto della cronologia per effettuazione di pagamenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presenza del manuale aziendale del ciclo passivo che impone il pagamento entro 10 giorni dalla data della determina di liquidazione qualora tutti i controlli (DURC, Equitalia, tracciabilità, controlli ex 48 bis ...) risultino regolari.</li> </ul>	BASSO	Pagamenti effettuati dopo il 10° giorno dal ricevimento della determina	Numero dei pagamenti oltre il 10° giorno dalla determina non giustificati da impedimenti normativi	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti
2.	Ciclo attivo: riscossioni	Riscossione di somme diverse da quelle dovute	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presenza del manuale aziendale del ciclo attivo</li> <li>• Presenza del regolamento delle casse</li> <li>• Alta informatizzazione delle procedure di fatturazione ed incasso</li> </ul>	BASSO	Concordanza fra fattura emessa e la documentazione fornita.	Controllo di primo livello: eventuali discordanze sono segnalate alle strutture nell'ambito del controllo di conformità; Controllo di secondo livello: verifica di cassa del Collegio sindacale	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti

## Area Organizzativa: Servizio Economico Finanziario

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischi o	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
3.	Registrazione incassi Centri Unificati Prenotazione (CUP)	Versamento inferiore all'incasso	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verifica mensile della corrispondenza tra gli incassi presso il tesoriere e gli incassi risultanti dalla procedura gestionale di contabilità</li> </ul>	BASSO	Corrispondenza fra la documentazione attestante il carico degli incassi registrati nelle procedure e quelli realmente versati in tesoreria	Controllo di primo livello: eventuali discordanze sono segnalate alle strutture nell'ambito del controllo di conformità; Controllo di secondo livello: verifica di cassa del Collegio sindacale	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti
4.	Reintegro Cassa economale	Non corretta verifica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Applicazione regolamento aziendale</li> <li>Verifiche effettuate entro 7 giorni dal ricevimento della documentazione</li> </ul>	BASSO	Verifiche rispetto tempi di reintegro	Relazione annuale	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti
5.	Pagamento cessione di credito e delle procure speciali	Mancata registrazione della cessione di credito e delle procure speciali all'incasso, con secuzione di un pagamento a un beneficiario errato.	<ul style="list-style-type: none"> <li>A partire dal 2017 tutte le cessioni sono di norma diniegate. Nel caso di pagamenti di vecchi debiti ceduti, per tutti i fornitori che di solito sono soggetti a cessione l'operatore che esegue il pagamento verifica che il beneficiario sia correttamente registrato. Le procure all'incasso costituiscono un'altra modalità di pagamento normalmente utilizzata dai fornitori, che si va diffondendo in alternativa alla cessione.</li> </ul>	BASSO	Verifica a campione corrispondenza beneficiario pagamento	Controllo a campione	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

## Area Organizzativa: Servizio Economico Finanziario

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischi o	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
6.	Registrazione / rifiuto della fattura elettronica (FE) entro 10 gg. dall'arrivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Richiesta NOTE DI CREDITO per non conformità ordine / fattura</li> <li>Dilazione dei tempi di pagamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elevata informatizzazione delle procedure con documenti elettronici firmati</li> <li>Regole di conformità standardizzate</li> <li>Applicativi gestionali interfacciati: protocollo fatture (iShareDoc) e gestionale di emissione ordini e registrazione fatture (SAP)</li> <li>Rifiuto delle fatture non conformi con NSO</li> </ul>	ALTO	<ol style="list-style-type: none"> <li>numero partite aperte nel conto "Note di credito da ricevere"</li> <li>numero fatture parcheggiate</li> </ol>	<p>Controllo di primo livello: discordanze ordine NSO / FE</p> <p>Controllo di secondo livello: fatture parcheggiate in attesa di registrazione</p>	Relazione trimestrale


**Area Organizzativa: S.C. Direzione Risorse Umane**

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e Valutazione	Tempistica
	Assunzione a tempo indeterminato Direttore di Struttura Complessa	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della procedura</li> <li>– l'individuazione del profilo professionale deve essere adeguato alla struttura a cui l'incarico afferisce e deve essere connotata da elementi di specificità e concretezza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Qualificazione del personale addetto</li> <li>– Nella delibera andrà evidenziata la coerenza tra la richiesta di avvio di una procedura concorsuale e l'Atto aziendale, la dotazione organica, le previsioni normative e regolamentari del settore, le necessità assistenziali della popolazione afferente al bacino di utenza di riferimento, la sostenibilità economico finanziaria nel medio-lungo periodo.</li> <li>– Nella fase di comunicazione e pubblicazione dei risultati occorre garantire la massima trasparenza nella pubblicazione degli atti che deve essere tempestiva e condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione</li> </ul>	ALTO	Relazione	Formalizzazione della Relazione	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
2.	Procedura concorsuale assunzione a tempo indeterminato personale Dirigenziale	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della procedura</li> <li>– l'individuazione del profilo professionale deve essere adeguato alla struttura a cui l'incarico afferisce e deve essere connotata da elementi di specificità e concretezza</li> </ul>	Qualificazione del personale addetto	ALTO	Relazione	Formalizzazione della Relazione	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

**Area Organizzativa: S.C. Direzione Risorse Umane**

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e Valutazione	Tempistica
3.	Procedura concorsuale assunzione a tempo indeterminato personale del Comparto	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della procedura	Qualificazione del personale addetto	MEDIO	Relazione	Formalizzazione della Relazione	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
4.	Procedure concorsuali ai fini del reclutamento categorie protette ex L. 68/99 - art. 8 – art. 18	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della procedura	Qualificazione del personale addetto	BASSO	Relazione	Formalizzazione della Relazione	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
5.	Procedura riferita alla Mobilità Volontaria Regionale ed Interregionale	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della procedura	Qualificazione del personale addetto	MEDIO	Relazione	Formalizzazione della Relazione	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
6.	Procedure selettive riferite al reclutamento di personale a tempo determinato	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della procedura</li> <li>– mancata messa a bando della posizione dirigenziale per ricoprirla tramite incarichi <i>ad interim</i> o utilizzando lo strumento del facente funzione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Qualificazione del personale addetto</li> <li>– vincolare il tempo di assegnazione di incarichi temporanei vigilando sui tempi di avvio delle procedure concorsuali</li> </ul>	MEDIO	Relazione	Formalizzazione della Relazione	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
7.	Procedure relative all'utilizzo delle graduatorie (di avviso pubblico e di concorso pubblico)	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della procedura	Qualificazione del personale addetto	MEDIO	Relazione	Formalizzazione della Relazione	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

**Area Organizzativa: S.C. Direzione Risorse Umane**

	<b>Attività a rischio</b>	<b>Rischio potenziale</b>	<b>Misure di sicurezza associate</b>	<b>Grado rischio</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Monitoraggio e Valutazione</b>	<b>Tempistica</b>
8.	Procedure relative all'emissione di avvisi pubblici per l'attivazione di contratti di collaborazione a progetto, libero professionali, ecc.	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della procedura	Qualificazione del personale addetto	BASSO	Relazione	Formalizzazione della Relazione	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
9.	Procedure finalizzate al riconoscimento di benefici contrattuali e di legge	Inosservanza delle norme contrattuali, regolamentari e di legge	controlli incrociati	MEDIO	Relazione sulla verifica a campione dell'effettivo doppio controllo	Formalizzazione della Relazione	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
10.	Procedure finalizzate al riconoscimento del diritto alla retribuzione accessoria (indennità, ecc.)	Inosservanza delle norme contrattuali, regolamentari e di legge	controlli incrociati	MEDIO	Relazione sulla verifica a campione dell'effettivo doppio controllo	Formalizzazione della Relazione	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
11.	Procedure finalizzate alla stipula di atti convenzionali con soggetti terzi	Inosservanza delle norme contrattuali, regolamentari e di legge	Richiesta pareri Dirigenti interessati	BASSO	N° convenzioni/richiesta pareri	Verifica e Relazione al R.P.C.	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
12.	Procedure finalizzate alla erogazione degli stipendi e relative buste paga	Inosservanza delle norme contrattuali, regolamentari e di legge	Qualificazione del personale addetto - Controlli incrociati	BASSO	Verifica sul doppio controllo incrociato	Verifica e Relazione al R.P.C.	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

**Area Organizzativa: S.C. Direzione Risorse Umane**

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e Valutazione	Tempistica
13.	Procedure finalizzate alla gestione delle cessioni del quinto dello stipendio (Società finanziarie, INPDAP)	Inosservanza delle norme di legge e regolamentari	Qualificazione del personale addetto - Doppio Controllo	BASSO	Verifica dell'effettivo doppio controllo	Relazione al R.P.C.	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
14.	Procedure finalizzate al riconoscimento dei diritti previdenziali	Inosservanza delle norme contrattuali, regolamentari e di legge	Qualificazione del personale addetto	BASSO	Relazione	Formalizzazione della Relazione	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
	Cessazione contratto di lavoro	Svolgimento attività lavorativa in contrasto al divieto di svolgere nei tre anni successivi attività presso soggetti privati destinatari di provvedimenti adottati con il proprio apporto decisionale	Rilascio ai dipendenti di una nota per informare i dipendenti che cessano l'attività del divieto di cui all'art. 1 comma 42 lett. L, della L. 190/2012. Previsione nella determina dirigenziale di apposito articolo che contenga la descrizione dell'art. 1 comma 42 lett. L, della L. 190/2012	MEDIO	100% della consegna ai dipendenti cessati dell'informativa 100% dell'inserimento dell'articolo contenente la descrizione dell'art. 1 comma 42 lett. L, della L. 190/2012	Relazione annuale	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
16.	Assunzione di personale a qualsiasi titolo	Comportamenti inadeguati per mancata conoscenza dei contenuti del P.T.P.C.T., Codice di Comportamento.	– Consegna del Piano Triennale della Prevenzione anche mediante la comunicazione dell'obbligo di prenderne visione e conoscenza consultano il sito web aziendale (contenente il Codice di Comportamento ed il Piano per la trasparenza). – previsione in tutti i contratti di assunzione del personale della clausola che sancisce il divieto di prestare attività lavorativa nei termini sopra descritti con specifica delle conseguenze in caso di violazione.	BASSO	100% della consegna ai dipendenti del P.T.P.C.T. o di avvenuta dichiarazione di averne preso atto e conoscenza	Relazione annuale	Entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti



Area Organizzativa coinvolta: Presidio Ospedaliero							
SSD Igiene e Processi ospedalieri							
	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	Tempistica
1.	Attività conseguenti al decesso	Indirizzare la scelta nei confronti di una determinata impresa funebre in cambio di una quota sugli utili.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Collocazione della salma presso l'obitorio da parte del personale in servizio al momento del decesso</li> <li>Disposizione di servizio a tutto il personale coinvolto sul divieto di fornire indicazioni di alcun tipo sulle imprese funebri o contattare direttamente le imprese per conto dei familiari</li> </ul>	ALTO	Applicazione integrale delle misure	Relazione sulla corretta adozione delle misure	Una volta l'anno entro il 30/11 per i 12 mesi precedenti
2.	Attività conseguenti al decesso	richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario)	Disposizione di servizio a tutto il personale coinvolto sul divieto di fornire prestazioni e compiti non propri	ALTO	Applicazione integrale delle misure	Relazione sulla corretta adozione delle misure	Una volta l'anno entro il 30/11 per i 12 mesi precedenti

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>
<b>Disposizioni generali</b>	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) ( <i>link</i> alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Annuale
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo
		Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016
		Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)	
		Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	(da pubblicare in tabelle)	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
<b>Organizzazione</b>	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982	4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale			

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Nessuno

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell' incarico).
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Atti degli organi di controllo			Atti e relazioni degli organi di controllo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma  (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
<b>Consulenti e collaboratori</b>	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori  (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascun titolare di incarico:	
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo
				Per ciascun titolare di incarico:	
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)
				Per ciascun titolare di incarico:	
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
<b>Personale</b>	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali  (da pubblicare in tabelle che distinguono le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)
		Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo
		Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale
	Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)
	Personale non a tempo	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>
	indeterminato	Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)
OIV		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV  (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>
		Par. 14.2, delib. CiVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
<b>Bandi di concorso</b>		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso e Elenco Bandi espletati  (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonche' i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
<b>Performance</b>	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CiVIT n. 104/2010	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			(da pubblicare in tabelle)	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
(da pubblicare in tabelle)			Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
Enti pubblici vigilati		Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati  (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascuno degli enti:	
				1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

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

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
Enti controllati	Società partecipate	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate  (da pubblicare in tabelle)	4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 33/2013		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
		d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Enti di diritto privato controllati		Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati  (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascuno degli enti:	
		1) ragione sociale		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		3) durata dell'impegno		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico ( <i>link al sito dell'ente</i> )	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <i>link al sito dell'ente</i> )	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
				<b>Per ciascuna tipologia di procedimento:</b>	
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
<b>Attività e procedimenti</b>	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento  (da pubblicare in tabelle)	4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonchè modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				<b>Per i procedimenti ad istanza di parte:</b>	
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Monitoraggio tempi procedurali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ( <i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>
<b>Provvedimenti</b>	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
<b>Controlli sulle imprese</b>		Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
		Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative	
		Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Codice Identificativo Gara (CIG)	Tempestivo

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure  (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate	Tempestivo
		n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Artt. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali	Tempestivo	
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016  Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Per ciascuna procedura:  <b>Avvisi di preinformazione</b> - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, dlgs n. 50/2016)  <b>Delibera a contrarre o atto equivalente</b> (per tutte le procedure)	Tempestivo  Tempestivo	

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
<b>Bandi di gara e contratti</b>		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del dlgs n. 50/2016	<p><b>Avvisi e bandi -</b>                      Avviso (art. 19, c. 1, dlgs n. 50/2016);                      Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC);                      Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC);                      Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, dlgs n. 50/2016);                      Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, dlgs n. 50/2016);                      Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, dlgs n. 50/2016);                      Avviso relativo all'esito della procedura;                      Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi;                      Bando di concorso (art. 153, c. 1, dlgs n. 50/2016);                      Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, dlgs n. 50/2016);                      Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, dlgs n. 50/2016);                      Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, dlgs n. 50/2016);                      Bando di gara (art. 183, c. 2, dlgs n. 50/2016);                      Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, dlgs n. 50/2016);                      Bando di gara (art. 188, c. 3, dlgs n. 50/2016)</p>	Tempestivo
	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		<p><b>Avviso sui risultati della procedura di affidamento -</b> Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, dlgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, dlgs n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara</p>	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		<p><b>Avvisi sistema di qualificazione -</b> Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, dlgs n. 50/2016)</p>	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		<p><b>Affidamenti</b>                      Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, dlgs n. 50/2016);                      tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, dlgs n. 50/2016)</p>	Tempestivo

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		<b>Informazioni ulteriori</b> - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, dlgs n. 50/2016); <b>Informazioni ulteriori</b> , complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; <b>Elenco ufficiali operatori economici</b> (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Tempestivo
		Art. 1, co. 505, l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs. 50/2016)	Contratti	Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Tempestivo
	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

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

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)
<b>Bilanci</b>	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>
<b>Beni immobili e gestione patrimonio</b>	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
<b>Controlli e rilievi sull'amministrazione</b>	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Organi di revisione amministrativa e contabile		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
<b>Servizi erogati</b>	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati  (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)
Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario)  (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo
	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>
<b>Opere pubbliche</b>	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni reative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche ( <i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		(da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione )	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
<b>Pianificazione e governo del territorio</b>		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio  (da pubblicare in tabelle)	Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento
<b>Informazioni ambientali</b>		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>
			Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
<b>Strutture sanitarie private accreditate</b>		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
				Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
<b>Interventi straordinari e di emergenza</b>		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>
<b>Altri contenuti</b>	<b>Prevenzione della Corruzione</b>		Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo
<b>Altri contenuti</b>	<b>Accesso civico</b>	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale
		Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali ( <a href="http://www.rndt.gov.it">www.rndt.gov.it</a> ), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati <a href="http://www.dati.gov.it">www.dati.gov.it</a> e <a href="http://basidati.agid.gov.it/catalogo">http://basidati.agid.gov.it/catalogo</a> gestiti da AGID	Tempestivo

**ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \***

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>
<b>Altri contenuti</b>	<b>Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati</b>	Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)
<b>Altri contenuti</b>	<b>Dati ulteriori</b>	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori  (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate	....

\* I dati oggetto di pubblicazione obbligatoria solo modificati dal dlgs 97/2016 è opportuno rimangano pubblicati sui siti (es. dati dei dirigenti già pubblicati ai sensi dell'art. 15 del previgente testo del dlgs 33/2013)

**PIANO FABBISOGNO PERSONALE TRIENNIO 2024 - 2026**

TETTO DI SPESA aziendale per il personale	€
TETTO DI SPESA aziendale per il personale a tempo determinato	€

	Posti coperti al 31.12.2023			ANNO 2024			
	Tempo Indeterminato	Tempo determinato		Assunzioni 2024			
		Contingente complessivo	di cui in sostituzione	ordinarie	Stabilizzazioni	legge 68/99	progressioni tra le AREE
<b>RUOLO SANITARIO</b>							
<b>DIRIGENZA</b>							
DIRIGENTI MEDICI STRUTTURA COMPLESSA	13	0	0	4			
DIRIGENTI MEDICI	354	12	1	39	5		
DIRIGENTI VETERINARI STRUTTURA COMPLESSA	0	0	0				
DIRIGENTI VETERINARI	0	0	0				
DIRIGENTI FARMACISTI STRUTTURA COMPLESSA	0	0	0	1			
DIRIGENTI FARMACISTI	6	0	0				
DIRIGENTI BIOLOGI STRUTTURA COMPLESSA	1	0	0				
DIRIGENTI BIOLOGI	7	3	0	1	4		
DIRIGENTI CHIMICI STRUTTURA COMPLESSA	0	0	0				
DIRIGENTI CHIMICI	0	0	0				
DIRIGENTI PSICOLOGI STRUTTURA COMPLESSA	0	0	0				
DIRIGENTI PSICOLOGI	2	2	0		2		
DIRIGENTI FISICI STRUTTURA COMPLESSA	0	0	0				
DIRIGENTI FISICI	3	1	0	1			
DIRIGENTI DELLE PROFESSIONI SANITARIE STRUTTURA COMPLESSA	0	0	0				
DIRIGENTI DELLE PROFESSIONI SANITARIE	0	1	0	1			
<b>COMPARTO - Area del Personale di Elevata Qualificazione</b>							
<i>Prof. Sanitarie Infermieristiche - INFERMIERI</i>	0	0	0				
<i>Prof. Sanitarie Infermieristiche - INFERMIERI PEDIATRICI</i>	0	0	0				
<i>Prof. Sanitaria Ostetrica - OSTETRICHE</i>	0	0	0				
<i>Prof. Tecnico sanitarie - DIETISTE</i>	0	0	0				
<i>Prof. Tecnico sanitarie - IGIENISTI DENTALI</i>	0	0	0				
<i>Prof. Tecnico sanitarie - ODONTOTECNICI</i>	0	0	0				
<i>Prof. Tecnico sanitarie - OTTICI</i>	0	0	0				
<i>Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI AUDIOMETRISTI</i>	0	0	0				
<i>Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI AUDIOPROTESISTA</i>	0	0	0				
<i>Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI DELLA FISIOPAT. CARD. E PERF. CARDIO.</i>	0	0	0				
<i>Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI DI ANATOMIA PATOLOGICA</i>	0	0	0				
<i>Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI DI NEUROFISIOPATOLOGIA</i>	0	0	0				
<i>Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI ORTOPEDICI</i>	0	0	0				
<i>Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI SANITARI DI LABORATORIO BIOMEDICO</i>	0	0	0				
<i>Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIA MEDICA</i>	0	0	0				
<i>Prof. Sanitarie della Riabilitazione - EDUCATORI PROFESSIONALI</i>	0	0	0				
<i>Prof. Sanitarie della Riabilitazione - FISIOTERAPISTI</i>	0	0	0				
<i>Prof. Sanitarie della Riabilitazione - LOGOPEDISTI</i>	0	0	0				
<i>Prof. Sanitarie della Riabilitazione - MASSAGGIATORI NON VEDENTI</i>	0	0	0				
<i>Prof. Sanitarie della Riabilitazione - ORTOTTISTI</i>	0	0	0				
<i>Prof. Sanitarie della Riabilitazione - PODOLOGI</i>	0	0	0				
<i>Prof. Sanitarie della Riabilitazione - TECNICI RIABILITAZIONE PSICHIATRICA</i>	0	0	0				
<i>Prof. Sanitarie della Riabilitazione - TERAPISTI NEUROPSICOMOTR ETA' EVOL.</i>	0	0	0				
<i>Prof. Sanitarie della Riabilitazione - TERAPISTI OCCUPAZIONALI</i>	0	0	0				
<i>Prof. Sanitarie della Prevenzione - ASSISTENTI SANITARI</i>	0	0	0				
<i>Prof. Sanitarie della Prevenzione - TECNICI PREVENZIONE LUOGHI DI LAVORO</i>	0	0	0				

<b>COMPARTO - Area dei Professionisti della Salute</b>							
Prof. Sanitarie Infermieristiche - INFERMIERI	799	10	0	21	7		
Prof. Sanitarie Infermieristiche - INFERMIERI PEDIATRICI	1	0	0				
Prof. Sanitaria Ostetrica - OSTETRICHE	26	2	2	9	2		
Prof. Tecnico sanitarie - DIETISTE	3	0	0				
Prof. Tecnico sanitarie - IGIENISTI DENTALI	0	0	0				
Prof. Tecnico sanitarie - ODONTOTECNICI	0	0	0				
Prof. Tecnico sanitarie - OTTICI	0	0	0				
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI AUDIOMETRISTI	1	0	0				
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI AUDIOPROTESISTA	0	0	0				
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI DELLA FISIOPAT. CARD. E PERF. CARDIO.	3	0	0	1			
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI DI ANATOMIA PATOLOGICA	0	0	0				
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI DI NEUROFISIOPATOLOGIA	5	1	0		1		
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI ORTOPEDICI	0	0	0				
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI SANITARI DI LABORATORIO BIOMEDICO	51	1	1	4	2		
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIA MEDICA	69	2	2	4			
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - EDUCATORI PROFESSIONALI	2	0	0				
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - FISIOTERAPISTI	14	0	0		2		
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - LOGOPEDISTI	2	0	0				
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - MASSAGGIATORI NON VEDENTI	1	0	0				
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - ORTOTTISTI	2	0	0				
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - PODOLOGI	1	0	0				
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - TECNICI RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	0	0	0				
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - TERAPISTI NEUROPSICOMOTR ETA' EVOL.	0	0	0				
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - TERAPISTI OCCUPAZIONALI	0	0	0				
Prof. Sanitarie della Prevenzione - ASSISTENTI SANITARI	0	0	0				
Prof. Sanitarie della Prevenzione - TECNICI PREVENZIONE LUOGHI DI LAVORO	0	0	0				
<b>COMPARTO - Area degli Assistenti (profili residuali ove ancora esistenti)</b>							
INFERMIERI GENERICI	0	0	0				
PUERICOLTRICI	0	0	0				
TECNICI DI RADIOLOGIA MEDICA	0	0	0				
<b>TOTALE RUOLO SANITARIO</b>	<b>1.366</b>	<b>35</b>	<b>6</b>	<b>86</b>	<b>25</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>RUOLO PROFESSIONALE</b>							
<b>DIRIGENZA</b>							
DIRIGENTI ARCHITETTO	0	0	0				
DIRIGENTI AVVOCATO	0	0	0	1			
DIRIGENTI INGEGNERI STRUTTURA COMPLESSA	1	0	0				
DIRIGENTI INGEGNERI	0	1	0	1			
<b>COMPARTO - Area del Personale di Elevata Qualificazione</b>							
COLLABORATORI PROFESSIONALI DI E.Q. ( <i>specificare profilo professionale</i> )	0	0	0				
SPECIALISTA DELLA COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE	0	0	0				
SPECIALISTA NEI RAPPORTI CON I MEDIA - GIORNALISTA PUBBLICO	0	0	0				
<b>COMPARTO - Area dei Funzionari</b>							
COLLABORATORI PROFESSIONALI ( <i>specificare profilo professionale</i> )	0	0	0				
SPECIALISTA DELLA COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE	0	0	0				
SPECIALISTA NEI RAPPORTI CON I MEDIA - GIORNALISTA PUBBLICO	0	0	0				
ASSISTENTI RELIGIOSI	2	0	0				
<b>TOTALE RUOLO PROFESSIONALE</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

<b>RUOLO TECNICO</b>							
<b>DIRIGENZA</b>							
DIRIGENTI AGRONOMI	0	0	0				
DIRIGENTE ASSISTENTE SOCIALE	0	0	0				
DIRIGENTI SOCIOLOGI	0	0	0				
DIRIGENTI ANALISTI	0	0	0				
DIRIGENTE STATISTICO	0	0	0	1			
<b>COMPARTO - Area del Personale di Elevata Qualificazione</b>							
COLLABORATORI TECNICI DI E.Q. ( <i>specificare profilo professionale</i> )	0	0	0				
CONTABILI	0	0	0				
GEOMETRI	0	0	0				
INFORMATICI	0	0	0				
INGEGNERI	0	0	0				
STATISTICI	0	0	0				
<b>COMPARTO - Area dei Funzionari</b>							
COLLABORATORI TECNICI ( <i>specificare profilo professionale</i> )	0	0	0				
CONTABILI	0	0	0				
GEOMETRI	1	0	0				
INFORMATICI	3	0	0				
INGEGNERI	2	0	0				
STATISTICI	0	0	0				
ADDETTO GESTIONE IMPIANTI TECNOLOGICI	1	0	0				
ADDETTO PREVEZIONE E PROTEZIONE	1	0	0				
<b>COMPARTO - Area degli Assistenti</b>							
ASSISTENTI TECNICI ( <i>specificare profilo professionale</i> )							
ADDETTI GUIDA /MAN.MEZZI 118	0	0	0				
ADDETTI MANUTENZIONE GESTIONE APP. ELETTRICITÀ	1	0	0				
ASSISTENTI INFORMATICI	4	0	0				
AUTISTI SOCCORRITORI	5	3	3				
CONTABILI	0	0	0				2
GEOMETRI	0	0	0				
MANUTENTORI (MANUTENTORI IMPIANTI TECNOLOGICI)	2	0	0				
ADDETTI AL CENTRALINO NON VEDENTI	1	0	0				
TECNICI DISINFETTORI	0	0	0				
<b>COMPARTO - Area degli Operatori</b>							
OPERATORI TECNICI SPECIALIZZATI ( <i>specificare profilo professionale</i> )							
AUTISTI DI AMBULANZE	0	0	0				
ADDETTI AL MAGAZZINO	2	0	0				
MANUTENTORI	1	0	0				
ADDETTI AL VIDEOTERMINALE	5	0	0				5
ADDETTI AL CENTRALINO	1	0	0				
AUTISTI	1	0	0				
<b>COMPARTO - Area del Personale di Supporto</b>							
OPERATORI TECNICI ( <i>specificare profilo professionale</i> )							
ADDETTI ALL'ASSISTENZA OTA	0	0	0				
AUSILIARI SPECIALIZZATI	31	0	0				
ADDETTI AL VIDEOTERMINALE	15	0	0				
MANUTENTORI	4	0	0				
ADDETTI AL CENTRALINO NON VEDENTI	1	0	0				
ADDETTI ALLE FOTOCOPIE	1	0	0				
ADDETTO AL MAGAZZINO	1	0	0				
<b>TOTALE RUOLO TECNICO</b>	<b>84</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>7</b>
<b>RUOLO SOCIO-SANITARIO</b>							
<b>COMPARTO - Area del Personale di Elevata Qualificazione</b>							
ASSISTENTI SOCIALI DI E.Q.	0	0	0				
<b>COMPARTO - Area dei Funzionari</b>							
ASSISTENTI SOCIALI	0	0	0				
<b>COMPARTO - Area degli Operatori</b>							
OPERATORI SOCIO SANITARI	145	19	1	16	17		
<b>TOTALE RUOLO SOCIO-SANITARIO</b>	<b>145</b>	<b>19</b>	<b>1</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

<b>RUOLO AMMINISTRATIVO</b>							
<b>DIRIGENZA</b>							
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI DI STRUTTURA COMPLESSA	1	1	0		0		
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	0	2	0	1	2		
COLLABORATORI AMMINISTRATIVO-PROFESSIONALI DI E.Q.							
	0	0	0				
<b>COMPARTO - Area dei Funzionari</b>							
COLLABORATORI AMMINISTRATIVO-PROFESSIONALI	20	3	0	6	5		3
<b>COMPARTO - Area degli Assistenti</b>							
ASSISTENTI AMMINISTRATIVI	10	0	0				1
<b>COMPARTO - Area degli Operatori</b>							
COADIUTORI AMMINISTRATIVI SENIOR	4	0	0				3
<b>COMPARTO - Area del Personale di Supporto</b>							
COADIUTORI AMMINISTRATIVI	11	0	0				
COMMESSI	2	0	0				
<b>TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO</b>	<b>48</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>7</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>1.646</b>	<b>64</b>	<b>10</b>	<b>112</b>	<b>49</b>	<b>0</b>	<b>14</b>