

PIANO INTEGRATO di ATTIVITA' e ORGANIZZAZIONE 2025 - 2027

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;*
- > *Formazione e comunicazione;*
- > *Azioni uguaglianza di genere;*

3.2 Performance:

- > *Pianificazione e programmazione;*
- > *Performance strategica;*
- > *Performance organizzativa;*
- > *Performance individuale;*
- > *Misurazione e valutazione;*
- > *Effetti sulla valutazione;*
- > *Procedure di conciliazione;*

3.3 Rischi corruttivi:

- > *Gli attori del sistema aziendale di prevenzione della corruzione e trasparenza;*
- > *Obiettivi strategici del PTPCT 2025-27;*
- > *Analisi del contesto esterno e interno;*
- > *Mappatura dei processi;*
- > *Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti;*
- > *Misure generali per il trattamento del rischio;*

- > *Responsabile del Centro di aggiornamento e formazione del personale;*
- > *Antiriciclaggio;*

3.4 Trasparenza:

- > *Attività e principali novità nel 2025;*

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;*
- > *monitoraggio performance;*
- > *monitoraggio dei rischi corruttivi e trasparenza;*
- > *monitoraggio del lavoro agile;*
- > *monitoraggio organizzazione e capitale umano;*
- > *monitoraggio formazione.*

ALLEGATI:

Allegato 1 Elenco obblighi di pubblicazione

Allegato 2 Piano Triennale Fabbisogno Personale 2025 - 2027

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

Presentazione dell'Azienda

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 esplicazione 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 periodo 2020-2024 effetti importanti su praticamente quasi tutti gli indicatori, in forte attenuazione nel 2023 e soprattutto nel 2024.

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 2024 è stato pari a 22.479 unità, di cui 18.655 in regime ordinario e 3.824 in regime diurno.

Le giornate di degenza in regime ordinario sono state 143.286 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 1,28, l'indice di performance (che misura l'inappropriatezza delle giornate di degenza) è uguale a un valore di 104,2 e l'incidenza percentuale dei ricoveri di pazienti provenienti da altre regioni è del 15,8 %.

	PRIMI 11 MESI 2024	PRIMI 11 MESI 2023	PRIMI 11 MESI 2019	DIFF. % 24-23	DIFF. % 24-19
NUMERO RICOVERI					
Ordinari	18.655	18.553	21.336	0,5	-12,6
Day Hospital / Day Surgery	3.824	3.452	4.350	10,8	-12,1
Media Bassa Spec. Regionale	17.557	17.045	19.449	3,0	-9,7
Alta Spec. Regionale	1.365	1.365	1.240	0,0	10,1
Altre Regioni	3.557	3.595	4.997	-1,1	-28,8
TOTALE	22.479	22.005	25.686	2,2	-12,5
GG. DEGENZA					
Ordinari	143.286	146.313	152.768	-2,1	-6,2
ALTRI INDICATORI					
Peso medio DRG (ricoveri ordinari)	1,28	1,29	1,18		
Indice di performance	104,2	107,8	103,7		
Incidenza % ricoveri extraregionali	15,8	16,3	19,5		

- **Specialistica ambulatoriale**

Nell'Azienda Ospedaliera di Terni nel 2024 sono state erogate 2,57 mln. di prestazioni specialistiche ambulatoriali, delle quali 1,85 mln. di diagnostica di laboratorio.

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

	2024	2023	2022	2019	DIFF. % 24-23	DIFF. % 24-19
NUMERO PRESTAZIONI						
Oculistica	12.780	12.656	12.099	15.461	1,0	-17,3
Endoscopia Operativa	3.532	3.001	2.084	7.993	17,7	-55,8
Endocrinologia	5.894	1.785	4.502	9.976	230,2	-40,9
Diabetologia	11.107	12.192	10.998	18.305	-8,9	-39,3
Dermatologia	7.574	7.150	5.881	9.152	5,9	-17,2
Oncologia / Oncoematologia	59.312	44.436	56.854	70.523	33,5	-15,9
Ostetricia e Ginecologia	8.998	9.218	7.591	9.625	-2,4	-6,5
Neurofisiopatologia	27.490	25.219	20.416	18.521	9,0	48,4
Cardiologia	7.874	7.546	7.215	10.069	4,3	-21,8
Diagnostica per Immagini	35.791	44.243	27.047	42.298	-19,1	-15,4
Laboratorio / Trasfusionale	1.850.783	1.674.631	1.666.322	1.659.916	10,5	11,5
Medicina Nucleare	7.060	6.368	5.793	6.499	10,9	8,6
Radioterapia	40.214	76.187	87.998	61.784	-47,2	-34,9
Anatomia Patologica	14.064	18.463	14.022	10.016	-23,8	40,4
Nefrologia e Dialisi	35.770	43.556	44.424	30.555	-17,9	17,1
Pronto Soccorso	365.780	316.359	287.949	265.783	15,6	37,6
Altri reparti / servizi	74.557	86.372	65.440	73.435	-13,7	1,5
TOTALE	2.568.580	2.389.382	2.326.634	2.319.911	7,5	10,7

- **Pronto Soccorso**

Il numero di accessi in Pronto Soccorso nel 2024 è stato di 55.185 unità, dei quali 11.656 sono stati seguiti da ricovero.

Riguardo alla gravità del codice Triage, i più numerosi sono stati i codici verdi (21.935, pari al 39,7% del totale), seguiti dai codici bianchi e da quelli azzurri.

	2024	2023	2022	DIFF.% 24-23	DIFF.% 24-22
N. Accessi	55.185	48.771	41.024	13,2	34,5
di cui in OBI	1.810	1.815	1175	-0,3	54,0
di cui ricoverati	11.656	10.926	11.517	6,7	1,2

di cui extraregionali	6.578	6.175	5.212	6,5	26,2
--------------------------	-------	-------	-------	-----	------

Codice TRIAGE	2024	% su TOT	2023	% su TOT
Bianco	12.014	21,8	9.426	19,3
Verde	21.935	39,7	19.687	40,4
Azzurro	10.770	19,5	10.802	22,1
Arancione	8.517	15,4	7.256	14,9
Rosso	1.949	3,5	1.600	3,3

- **Sala Operatoria**

Gli interventi chirurgici in sala operatoria, nel 2024, sono stati 21.053.

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 2024 da ciascun reparto.

REPARTO	2024	2023	2022	2019	DIFF.% 24-23	DIFF.% 24-19
Clinica Dermatologica	272	230	206	205	18,3	32,7
Nefrologia	34	29	19	0	17,2	
Chirurgia Multidisciplinare a Ciclo Breve	619	548	374	819	13,0	-24,4
Chirurgia gen. e tiroide	247	383	645	1.222	-35,5	-79,8
Chirurgia della Mammella	197	204	199	230	-3,4	-14,3
Colonproctologia	898	907	540	100	-1,0	798,0
Urologia	514	379	243	259	35,6	98,5
Chirurgia Urologica Miniinv.	13	143	244	455	-90,9	-97,1
Chirurgia Urologica Aug	386	297	249	277	30,0	39,4
Divisione Ortopedica	1.261	1.221	1.191	1.241	3,3	1,6
Chirurgia Mano	1.201	1.084	1.003	998	10,8	20,3
Chirurgia Plastica	228	275	200	247	-17,1	-7,7
Oculistica	3.485	3.557	3.771	3.636	-2,0	-4,2
Clinica Otorino	936	743	601	913	26,0	2,5
Chirurgia Maxillo-Facciale	273	249	188	271	9,6	0,7
Neurochirurgia	756	808	789	683	-6,4	10,7
Cardioanestesia	19	20	32		-5,0	
Cardiochirurgia	293	276	263	279	6,2	5,0
Aritmologia Cardiaca	651	613	569	520	6,2	25,2
Emodinamica	1.489	1.647	1.521	1.592	-9,6	-6,5
Chirurgia Toracica	252	245	207	215	2,9	17,2
Chirurgia Vascolare	391	399	396	447	-2,0	-12,5
Divisione Ostetrica-Ginecol.	1.058	968	885	1.184	9,3	-10,6

Endoscopia Operativa	401	350	291	279	14,6	43,7
Epatogastroenterologia	55	29	42	20	89,7	175,0
Chirurgia Digestiva	864	853	690	943	1,3	-8,4
Anestesia e Rianimazione	386	425	480	23	-9,2	1.578,3
Oncoematologia	256	260	290	356	-1,5	-28,1
Radiologia	3.618	3.514	3.487	2.957	3,0	22,4
TOTALE	21.053	20.656	19.615	20.371	+1,9	+3,3

- **Andamento volume finanziario attività**

Nella tabella che segue è indicato il trend dei volumi finanziari di attività (€) prodotti dall'Azienda Ospedaliera di Terni dal 2019 al 2024, 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 2024 il risultato supera i valori precedenti la pandemia, con un trend in forte risalita.

Indicatore	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Volume attività di ricovero medio-bassa specialità regionale	54.859.429	45.747.226	53.477.542	52.057.505	52.398.799	53.036.935
Volume attività di ricovero alta specialità regionale	20.254.779	21.580.531	23.824.999	22.694.123	24.360.754	24.006.016
Volume attività di ricovero extraregionale	18.857.365	13.164.391	12.525.219	14.023.320	14.616.262	13.939.457
Totale Volume Attività di Ricovero	93.971.573	80.492.148	89.827.760	88.774.948	91.375.815	91.950.052
Volume attività specialistica ambulatoriale medio-bassa specialità regionale	29.527.166	25.286.574	26.238.684	30.429.545	31.739.208	33.934.973
Volume attività specialistica ambulatoriale extraregionale	3.985.989	3.287.895	3.220.280	3.689.639	4.077.084	4.040.485
Totale Volume Attività Specialistica Ambulatoriale	33.513.155	28.574.470	29.458.964	34.119.184	35.816.291	37.975.458
Totale Volume Attività	127.908.772	108.710.557	118.655.841	122.938.963	127.577.998	129.925.510

3. Valore Pubblico Performance e Anticorruzione

3.1 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;

Ricerca e promozione della sicurezza e del benessere lavorativo dei propri dipendenti: le risorse umane costituiscono una parte fondamentale del capitale investito, la parte vivente e dinamica di una organizzazione, che necessita di apposite analisi e percorsi metodologici appropriati tendenti a focalizzare, misurare e potenziare il grado del loro valore. Per quanto il contesto sanitario resti fortemente vincolato alle azioni decise a livello regionale, le politiche di pianificazione e sviluppo del personale assumono una importanza strategica nelle aziende caratterizzate dalla maggioranza di personale front line che eroga

servizi a contatto con l'utenza e spesso costretto a prendere decisioni di grande rilievo in poco tempo per il buon esito della cura.

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

Il D. Lgs. 13 dicembre 2023, n. 222 recante “Disposizioni in materia di riqualificazione dei servizi pubblici per l'inclusione e l'accessibilità, in attuazione dell'articolo 2, comma 2, lettera e), della legge 22 dicembre 2021, n. 227” integra l'art. 6 del DL 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, tale norma definisce il concetto di accessibilità, intesa come accesso e fruibilità dell'ambiente fisico e digitale, dell'informazione e della comunicazione e stabilisce alcuni adempimenti, tra i quali:

- la definizione di obiettivi e azioni relative all'accessibilità delle persone con disabilità e over 65 nel sistema della performance, nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione della Pubblica Amministrazione (PIAO) e nella programmazione della gestione del capitale umano e della formazione (e la nomina di una figura interna per il coordinamento di tali attività);
- la previsione del coinvolgimento delle associazioni del Terzo Settore rappresentative delle persone con disabilità nel percorso di formazione del PIAO con riferimento alla sezione del
- PIAO relativa alle azioni finalizzate a realizzare l'accessibilità fisica e digitale, con possibilità di presentare osservazioni anche al Piano e alla relazione della performance;
- la previsione di nomina di un dirigente responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità nell'ambiente di lavoro.

Per gli adempimenti sopra richiamati la Direzione aziendale ha deciso di individuare il Direttore della Struttura Complessa Risorse Umane quale dirigente per lo svolgimento delle funzioni di coordinamento delle azioni programmatiche in tema di accessibilità (art 3) e ad individuare la medesima dirigente quale responsabile dei processi di inserimento in ambiente di lavoro delle persone con disabilità (art 6) nonché a dare mandato alle direzioni apicali dell'Amministrazione di verificare e aggiornare le Carte dei Servizi relativamente ai requisiti di accessibilità.

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.

Quello della progressiva digitalizzazione della pubblica amministrazione rappresenta una tematica attuale e di importanza strategica per AOTR. Diffusamente richiamata dalla produzione normativa di settore, la Transizione digitale nelle aziende ospedaliere destinate alla gestione ed al governo dei processi di cura definisce i pilastri sui quali ancorare le infrastrutture necessarie alla progettazione di modelli operativi che migliorino la fruibilità dei servizi sanitari e amministrativi connessi all'erogazione delle prestazioni sanitarie. Organizzare, detenere e rendere disponibili agli attori coinvolti (cittadini-pazienti, enti ed organismi di settore) le informazioni relative ai percorsi che i pazienti attivano nel beneficiare dei servizi e delle prestazioni erogate dall'ospedale nel proprio territorio di riferimento, costituisce un asse prioritario della programmazione anche per AOTR.

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 **maggiore 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 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 è coordinato dalla S.S.D. 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.

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

In questa prospettiva e in un'ottica di miglioramento della qualità, sulla base delle determine 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 Accredimento 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 Determina AIFA n 809 del 2015 (*allegato1, 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)”*.

Nell'anno 2024, nell'ambito della Qualità si è provveduto a realizzare le seguenti attività:

- Sono stati individuati i referenti qualità della dirigenza medica e del comparto per ogni struttura organizzativa aziendale;
- Sono stati condotti gli audit con tutte le strutture aziendali per la verifica del possesso dei requisiti specifici di accreditamento istituzionale regionale e per provvedere alla eventuale necessaria integrazione della documentazione e delle attività svolte
- Sono stati svolti incontri di formazione per allineare il sistema di gestione interno, sia aziendale che delle UU.OO. /Servizi, ai requisiti regionali del regolamento n. 10 del 2018 per l'accREDITamento aziendale e al regolamento n.9 del 2023 riguardante le autorizzazioni all'esercizio;
- Sono stati prodotti numerosi PDTA, Procedure Aziendali e Operative nell'ottica del miglioramento della qualità delle prestazioni ai fini del raggiungimento dell'accREDITamento aziendale. La suddetta documentazione è necessaria affinché l'Azienda possa conseguire l'accREDITamento istituzionale. La documentazione comprende procedure di sistema, procedure operative e PDTA
- E' stata conseguentemente aggiornata la carta della qualità soddisfacendo buona parte dei requisiti necessari per avviare le procedure di accREDITamento aziendale
- E' stata richiesto alla USL Umbria 2 il nulla osta per l'autorizzazione all'esercizio delle aree ristrutturate ed è in corso l'ottenimento dell'abilitazione all'esercizio da parte della regione
- E' stata condivisa in Intranet la 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 Accredimento Istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private”;
- È stato condiviso con i professionisti, nell'ambito degli obiettivi di budget, un sistema di monitoraggio e controllo necessario per il raggiungimento e mantenimento degli obiettivi previsti dal regolamento regionale n° 10/2018 sopra richiamato. A tal proposito è stato coordinato il tavolo tecnico di integrazione ospedale territorio per garantire una presa in carico dei pazienti da parte del territorio già prima della dimissione.
- All'interno della SSD Formazione Qualità Comunicazione saranno riallocate le risorse al fine di garantire il procedere delle attività di accREDITamento considerando nei prossimi mesi un maggiore impegno necessario.

Nel corso del 2025 inizieranno gli audit regionali per l'accreditamento istituzionale, ci prefiggiamo l'obiettivo di accreditare l'Unità mobile di Rianimazione e l'Azienda ospedaliera entro l'anno 2025. Ci prefiggiamo pertanto nel 2025 di ottenere l'Accreditamento Istituzionale Aziendale complessivo.

Prosegue la rilevazione della customer satisfaction secondo il protocollo del MES Sant'Anna di Pisa, in corso dal 2023 con ottimi risultati di gradimento dei servizi prestati e delle relazioni con il personale. I risultati del suddetto report saranno pubblicati sul sito aziendale

Sarà effettuata anche la rilevazione del clima interno attraverso apposito questionario già predisposto dal servizio di psicologia clinica.

Prosegue l'attività del WHP (Workplace Health promotion) secondo quanto previsto dai protocolli ministeriali. Obiettivo ai fini del miglioramento del benessere aziendale sarà la revisione del regolamento antifumo, la prosecuzione delle attività già avviate nel 2024 (promozione dei corretti stili di vita, attività fisica, corretta alimentazione, counseling antifumo).

Formazione

Nell'anno 2025 la Formazione realizzerà come di consueto i corsi di formazione compresi nel Piano Unico di Formazione regionale elaborato dal Centro Unico di Formazione Regionale. Sarà condotta la formazione prevista dai progetti PNRR Infezioni Correlate all'assistenza e FSE. Inoltre sarà pianificata e realizzata la formazione obbligatoria sulla sicurezza (DLgs 81/08, Antiincendio, BLS e ACLS). Particolare attenzione sarà rivolta alla formazione obbligatoria per garantire l'Azienda nei confronti degli obblighi di legge.

Sarà inoltre approfondita la formazione del personale assegnato al Servizio Qualità. A tal proposito è stata prevista una apposita voce di budget. Tra i corsi proposti, in ottemperanza alla promozione del benessere organizzativo nell'ambito dei progetti WHP, sarà condotto un corso di Mindfulness.

Comunicazione

Nell'ambito delle attività di comunicazione verrà mantenuto aggiornato il sito aziendale con tutte le informazioni riguardanti le varie strutture, monitorando l'aggiornamento continuo dell'organigramma. Sarà curato l'aspetto divulgativo delle attività di eccellenza svolte all'interno delle Strutture aziendali attraverso Sito, social e comunicati stampa con il supporto di personale qualificato dedicato. Inoltre sarà effettuato il monitoraggio delle pubblicazioni in amministrazione trasparente

L'URP garantirà le risposte ai quesiti dell'utenza verificando le criticità tempestivamente e concretizzando azioni di miglioramento. L'istituzione di un Incarico di Funzione Professionale denominato Umanizzazione delle Cure vuole proprio garantire una verifica capillare delle azioni di miglioramento per garantire un innalzamento della qualità percepita dagli utenti.

Siamo impegnati inoltre nella predisposizione di campagne informative volte alla sensibilizzazione per la donazione del sangue, in emergenza e di routine, alla diffusione della conoscenza dei servizi CAD DAMA e URP, una campagna di sensibilizzazione al rispetto di alcune regole all'interno del perimetro ospedaliero (rispetto degli spazi di parcheggio riservati alle persone affette da disabilità e ai mezzi per la gestione delle emergenze come Vigili del fuoco)

Il Piano di Uguaglianza di Genere

Si confermano le azioni già previste nella deliberazione del Direttore generale n. 934 del 28/12/2023, in particolare:

Equilibrio tra lavoro e vita privata e cultura organizzativa.

Il G.E.P. promuove l'eguaglianza di genere indirizzando l'azione dell'Ente all'adozione di politiche necessarie per garantire un ambiente di lavoro aperto e inclusivo e per favorire l'equilibrio tra lavoro e vita privata.

Equilibrio di genere nelle posizioni di vertice e nei processi decisionali.

Si fa qui riferimento all'adozione di misure che favoriscano la riflessione sulle tematiche di genere, con interventi che possono riguardare, ad esempio, la formazione delle figure in posizioni apicali e decisionali sulle questioni di genere, o interventi nei processi di selezione e reclutamento, pur nei limiti posti dal quadro normativo di riferimento.

Parità di genere nel reclutamento e nella progressione di carriera.

In questo senso si mira a individuare punti di sinergia, tra promozione del merito nella selezione del personale e nello sviluppo delle carriere e progressiva risoluzione delle criticità connesse con le problematiche relative al carico di cura che va a svantaggio del genere femminile sottorappresentato nelle posizioni apicali.

Integrazione della dimensione di genere nella ricerca, nell'organizzazione del lavoro e nella pratica professionale.

Si intende, in questo ambito, stimolare la partecipazione delle donne alle attività di ricerca, con ruoli di PI anche in relazione a bandi di finanziamento alla ricerca su base competitiva e mappare la distribuzione di genere sui progetti approvati e finanziati e in relazione alle pubblicazioni scientifiche; al contempo si mira a sviluppare studi e attività formative legati al tema della medicina di genere.

Prevenzione delle discriminazioni e della violenza di genere, comprese le molestie sessuali.

Si mira a realizzare una serie di interventi volti a prevenire le discriminazioni e la violenza di genere, anche offrendo sostegno e ascolto a persone vittime di discriminazioni e forme di violenza di genere, con l'obiettivo di far emergere eventuali casi di violenza e migliorare i livelli di benessere psico-fisico diffondendo una cultura del rispetto e valorizzazione delle differenze

3.2 Performance

Introduzione

Riferimenti normativi

Il presente 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.

Successivamente tramite l'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021 è stato introdotto il PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione), operativo dal 1° luglio 2022. Si tratta di un documento unico di programmazione e governance che sostituisce una serie di Documenti che fino ad allora le

amministrazioni erano tenute a predisporre. Tra questi, i piani della performance, dei fabbisogni del personale (PTFP) e dell'anticorruzione.

L'obiettivo è la semplificazione dell'attività amministrativa e una maggiore qualità e trasparenza dei servizi pubblici.

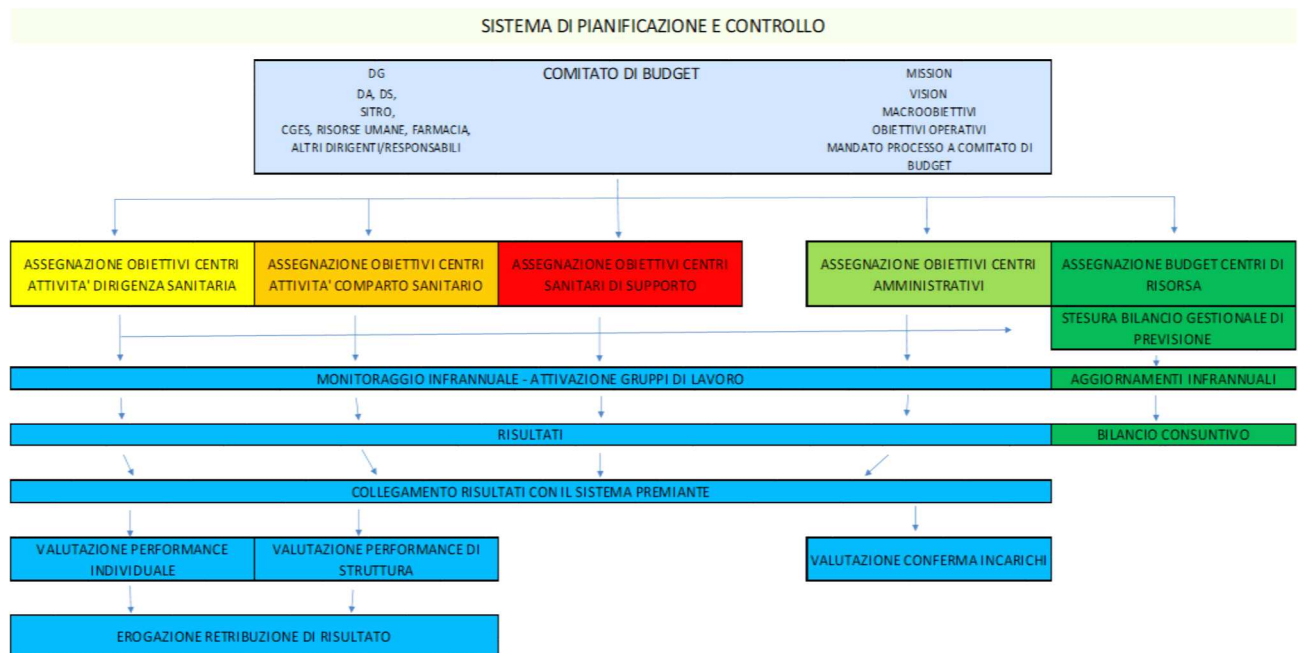
In tal modo i contenuti del Piano della Performance sono confluiti nel PIAO.

Ciclo della Performance

Il ciclo di gestione della performance si sviluppa a cadenza annuale tramite due strumenti operativi:

- il processo di budget attraverso il quale si intende valorizzare la performance organizzativa, cioè l'insieme dei risultati attesi delle singole unità organizzative (Centri di Budget);
- la valutazione individuale attraverso la quale si intende valorizzare la performance (risultati ottenuti e comportamenti) del singolo dipendente.

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



Oltre agli strumenti sopra elencati l'Azienda Ospedaliera di Terni dispone di un'ulteriore leva di valorizzazione economica della performance legata alla valorizzazione del personale destinatario di incarichi di particolare rilevanza e complessità attraverso l'assegnazione di specifici obiettivi individuali, il conseguimento dei quali contribuisce significativamente al livello di performance complessivo, in linea con quanto indicato nella Nota alle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del Decreto

Legislativo 30 marzo 2001, n. 165, avente come oggetto "nuove indicazioni in materia di misurazione e di valutazione della performance individuale", inviata dal Ministro per la Pubblica Amministrazione in data 28 novembre 2023.

In sintesi, gli ambiti di valutazione della performance nell'Azienda Ospedaliera di Terni sono i seguenti:

- performance organizzativa (complessiva aziendale e di singola unità organizzativa);
- performance individuale;
- obiettivi per incarichi di particolare rilevanza e complessità.

Il Ciclo di gestione delle Performance nell'Azienda Ospedaliera di Terni si sviluppa su tre diversi livelli tra loro necessariamente collegati:

- 1) il livello aziendale

2) il livello delle articolazioni organizzative

3) il livello individuale

I macro-obiettivi aziendali vengono declinati ed assegnati alle diverse articolazioni organizzative (centri di budget) mediante un processo di negoziazione che tiene conto delle competenze e delle responsabilità di ogni struttura. A sua volta, il Direttore/Responsabile della struttura provvede a definire gli obiettivi individuali all'interno della propria équipe, in coerenza con gli obiettivi assegnati alla struttura stessa.

Il Piano dei Centri di budget viene ridefinito ogni anno in base alla Struttura Organizzativa aziendale al momento in essere.

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:

RICAVI		
VOCE CE	DESCRIZIONE	FONTI / METODI PER LA VALUTAZIONE
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. Economico Finanziaria

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.C. 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.C. Controllo di Gestione
A2	Rettifica finanziamenti per investimenti	Valutazione della S.C. Economico Finanziaria
A.4.A.2 , A.4.B , A.4.C	Altri ricavi per prestazioni sanitarie	Valutazione della S.C. Economico Finanziaria
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.C. Controllo di Gestione
A.4.D	Ricavi ALP	Indicazioni della Regione sulle regole di gestione dell'Attività Libero Professionale, valutazione della S.C. Economico Finanziaria
A.5	Rimborsi	Valutazione della S.C. Economico Finanziaria
A.7	Sterilizzazione ammortamenti	Valutazione della S.C. Economico Finanziaria
A.8 , A.9	Altri ricavi	Valutazione della S.C. Economico Finanziaria
C.1 , C.2 , D.1 , E.1	Ricavi straordinari	Valutazione della S.C. Economico Finanziaria

COSTI		
CODICE CDR	DESCRIZIONE CDR	FONTI / METODI PER LA VALUTAZIONE
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. Economico Finanziaria
AZ20-9*	Somme vincolate	Valutazione della S.C. Economico Finanziaria
	Variazioni giacenze	Valutazione della S.C. Economico Finanziaria

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.C. Controllo di Gestione;
- variazioni delle previsioni dei ricavi da compartecipazione alla spesa dei cittadini (ticket) in base alle stime prodotte dalla S.C. Controllo di Gestione;
- variazioni in seguito a valutazioni da parte della S.C. Economico Finanziaria in merito a stime dei ricavi in evoluzione rispetto alle previsioni precedenti;
- variazioni dei budget dei beni sanitari assegnati ai centri di attività (Dirigenza Sanitaria)
- 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. Economico Finanziaria.

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 2023 e il 2024 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 2024 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

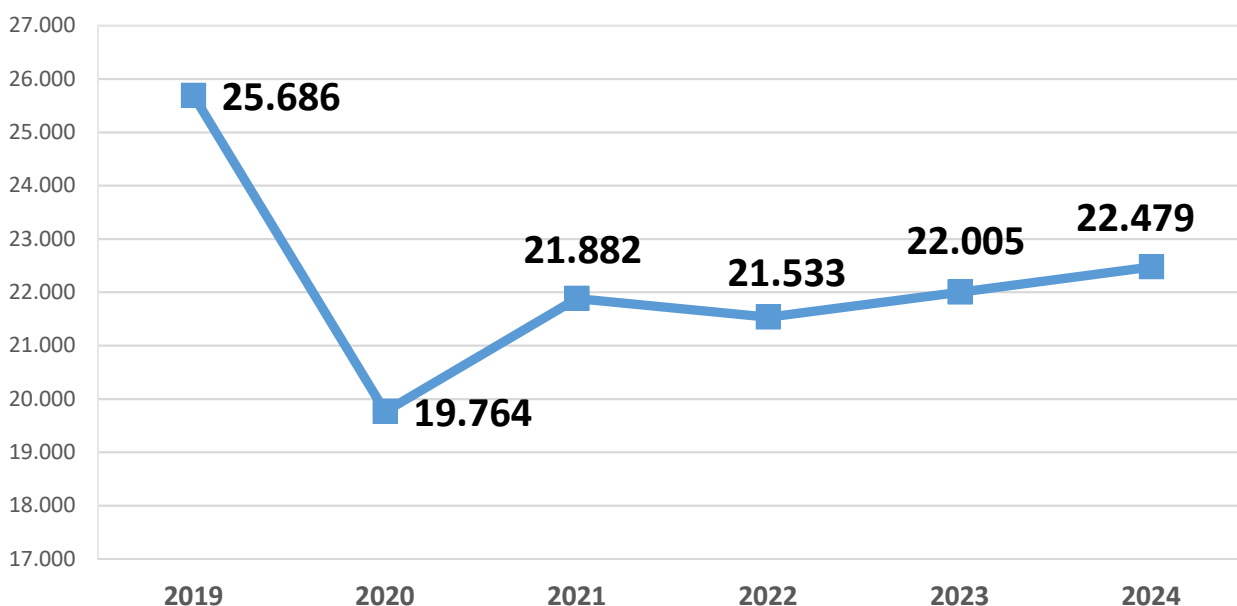
	Definizione	Anno 2023	Anno 2024	Obiettivo 2024
C2A.C	indice di performance degenza media - DRG chirurgici	0,21	-0,04	-0,27
C2A.M	indice di performance degenza media - DRG medici	0,80	0,41	-0,30
C4.1.1	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari	15,83	16,34	19,00
C4.4	% colecistectomie laparoscopiche effettuate in DS e ricovero ordinario 0-1 giorno	54,61	63,41	55,00
C4.7	% ricoveri in Day-Surgery	57,43	65,42	65,00
C5.2	% fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione	50,21	63,08	67,00
C5.3	% Prostatectomia transuretrale	96,94	100,00	85,00
C5.12	% fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate	94,51	94,20	90,00
C7.1	% parti cesarei depurati	19,58	26,99	20,00
C7.3	% episiotomia depurata	19,94	19,54	20,00
C7.6	% parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	4,10	4,18	5,00
C10.1.1	% ricoveri sopra soglia 50 annui per tumore maligno alla prostata	100,00	100,00	80,00
C10.2.1	% interventi conservativi e nipple-skin sparing-ricostruttivi alla mammella per tumore maligno	83,94	94,85	75,00
C16.3.NA	PS - % pazienti con codice priorità 4 visitati entro 120 minuti	74,87	78,24	65,00
C16.4	PS - % accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore	68,58	69,42	90,00
C16.4	PS - % pazienti con tempi di permanenza entro le 8 ore	86,56	87,75	92,00
C16.7	PS - % ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	71,02	70,41	65,00
D9	PS - % di abbandoni dal Pronto Soccorso	6,42	5,83	2,50
D18	% dimissioni volontarie	1,14	0,94	0,70

- **Grafici**

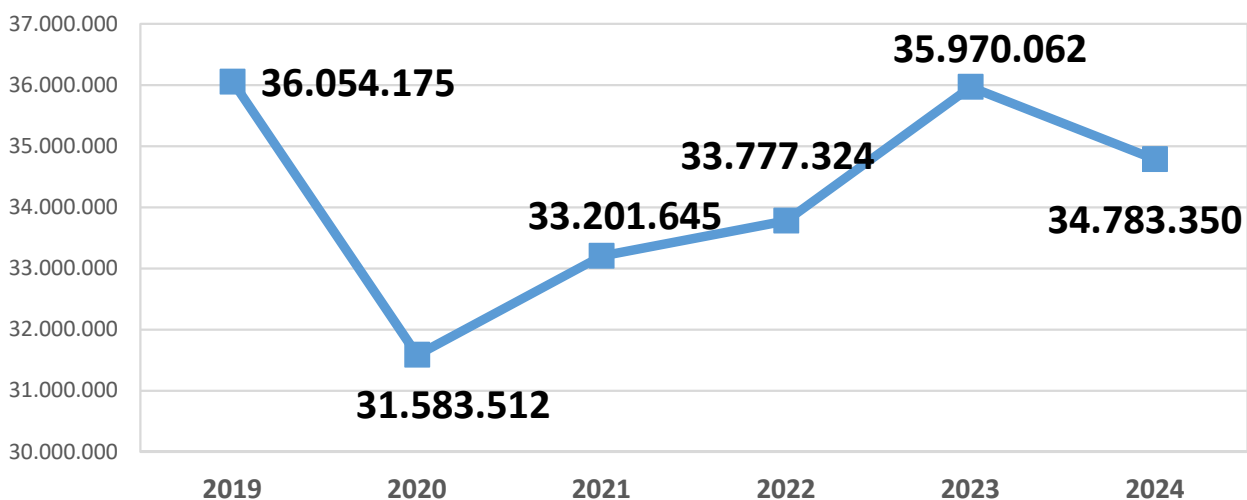
Di seguito sono riportati una serie di grafici che illustrano l'andamento dei volumi di attività e di alcuni indicatori della complessità dei casi trattati e dell'appropriatezza della degenza.

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

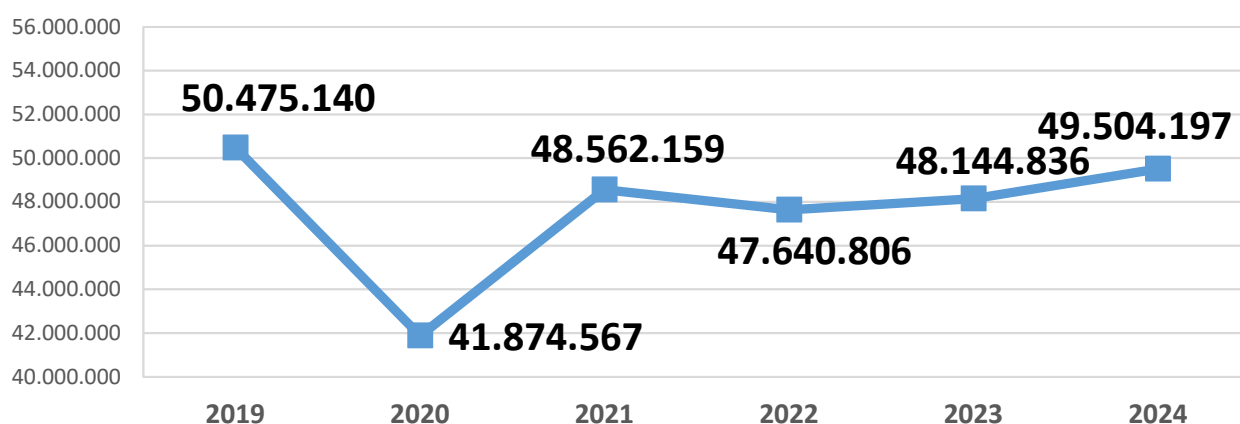
NUMERO RICOVERI - PRIMI 11 MESI



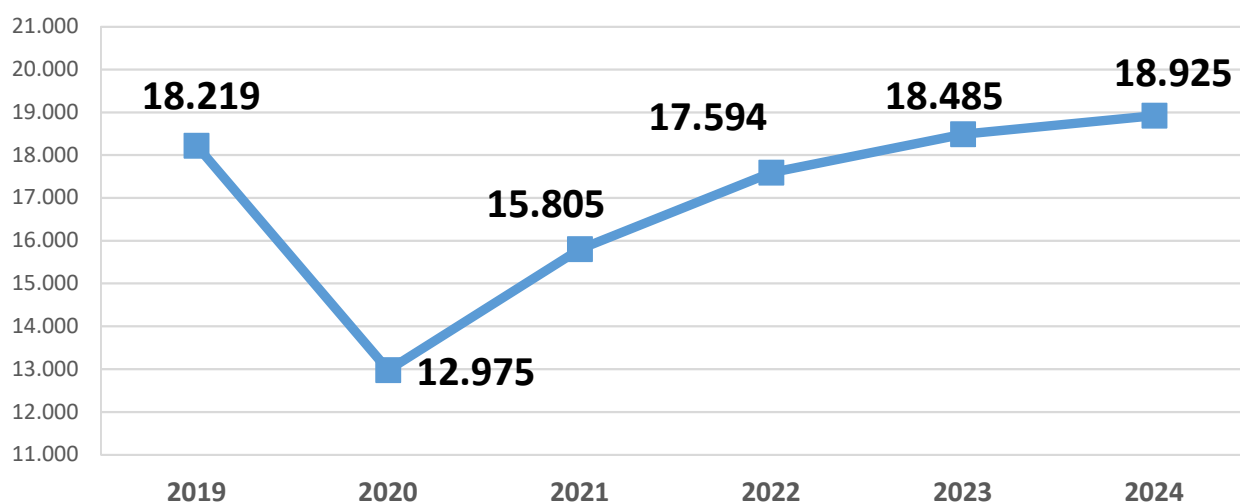
ATTIVITA' ALTA SPEC. REGIONALE + EXTRAREGIONALE (€) - PRIMI 11 MESI



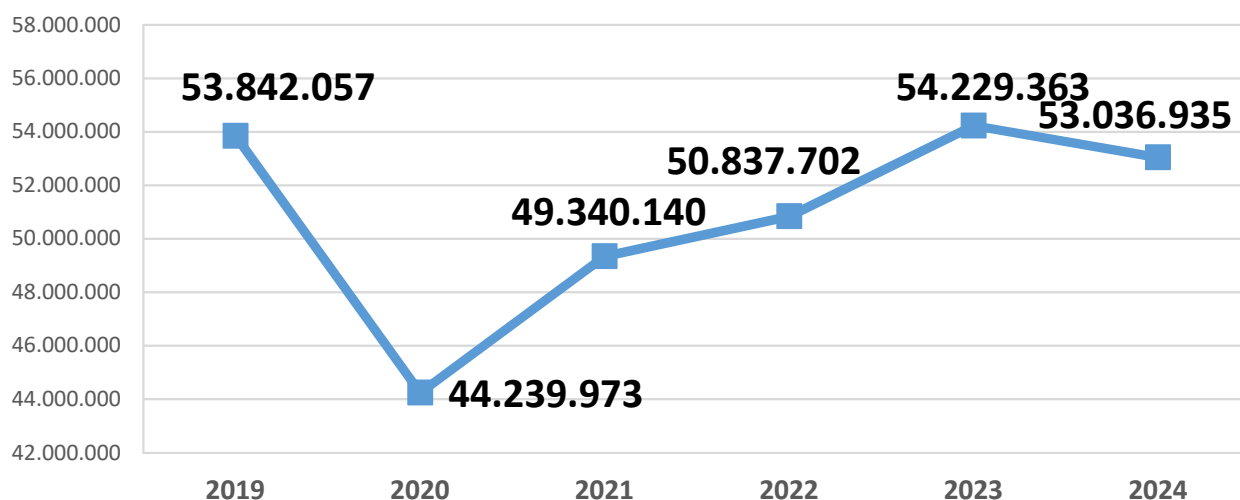
ATTIVITA' MEDIA BASSA SPEC. REGIONALE (€) - PRIMI 11 MESI



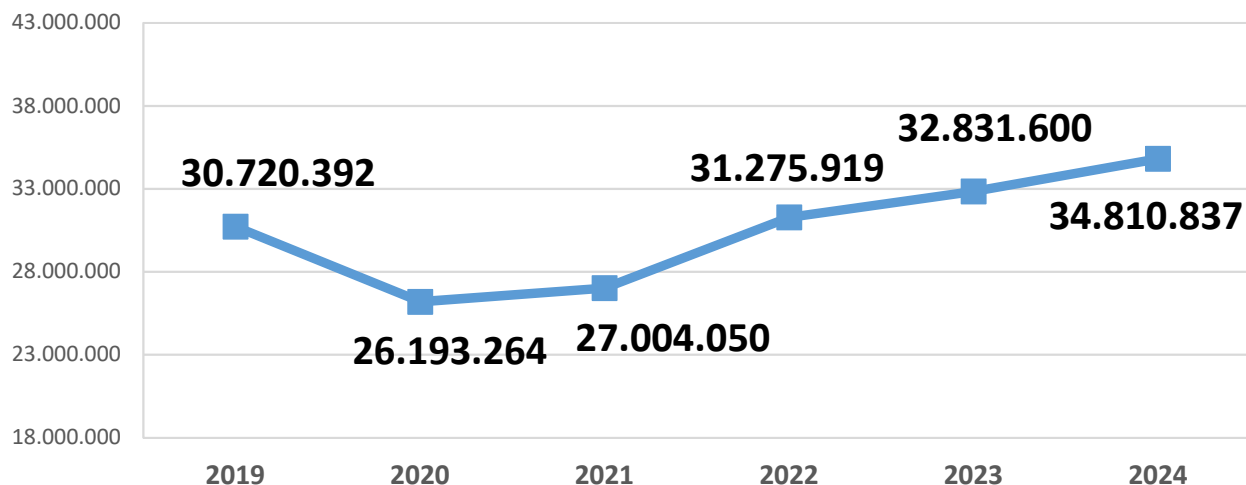
NUMERO INTERVENTI CHIRURGICI - PRIMI 11 MESI



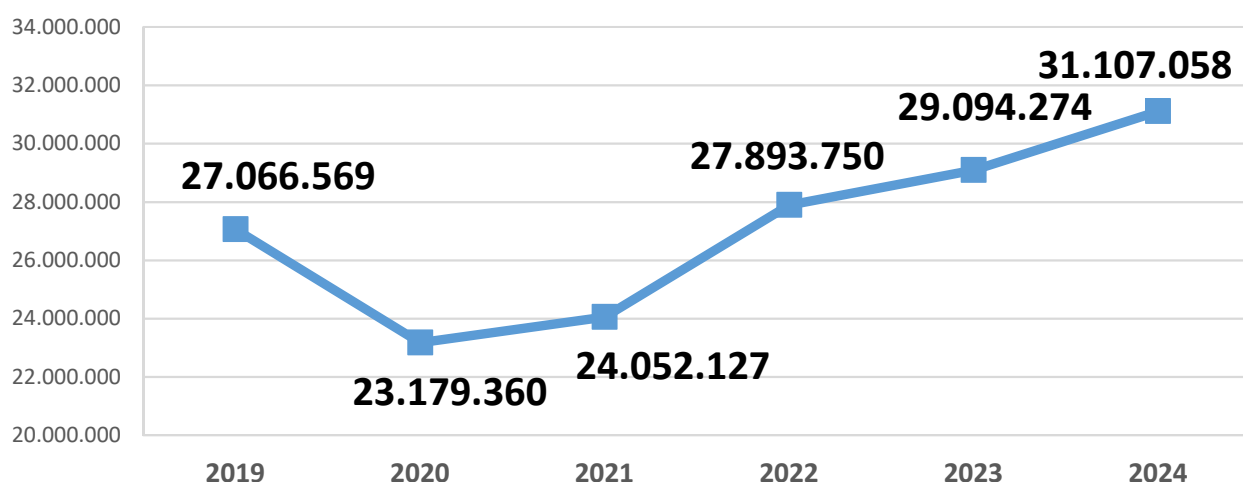
VALORE ATTIVITA' CHIRURGICA (€) - PRIMI 11 MESI



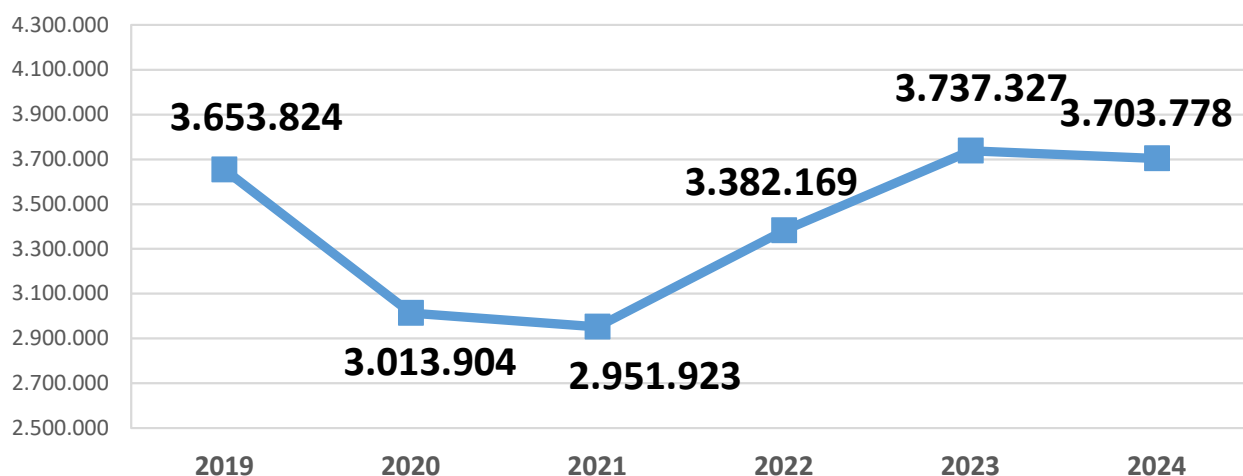
SPECIALISTICA AMBULATORIALE TOTALE (€) - PRIMI 11 MESI



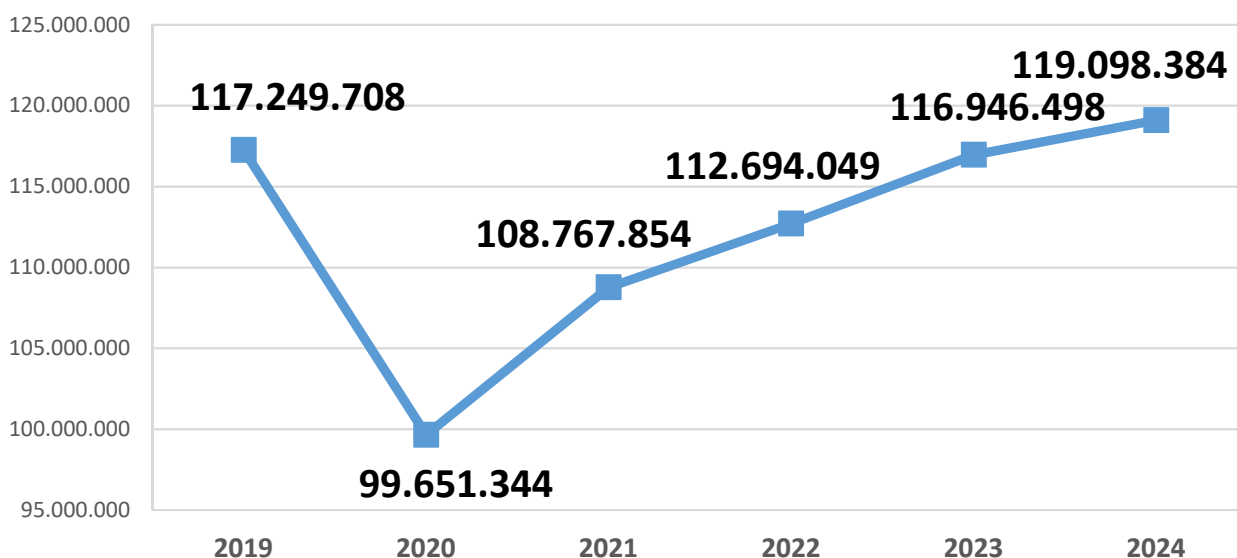
SPECIALISTICA AMBULATORIALE REGIONALE (€) - PRIMI 11 MESI



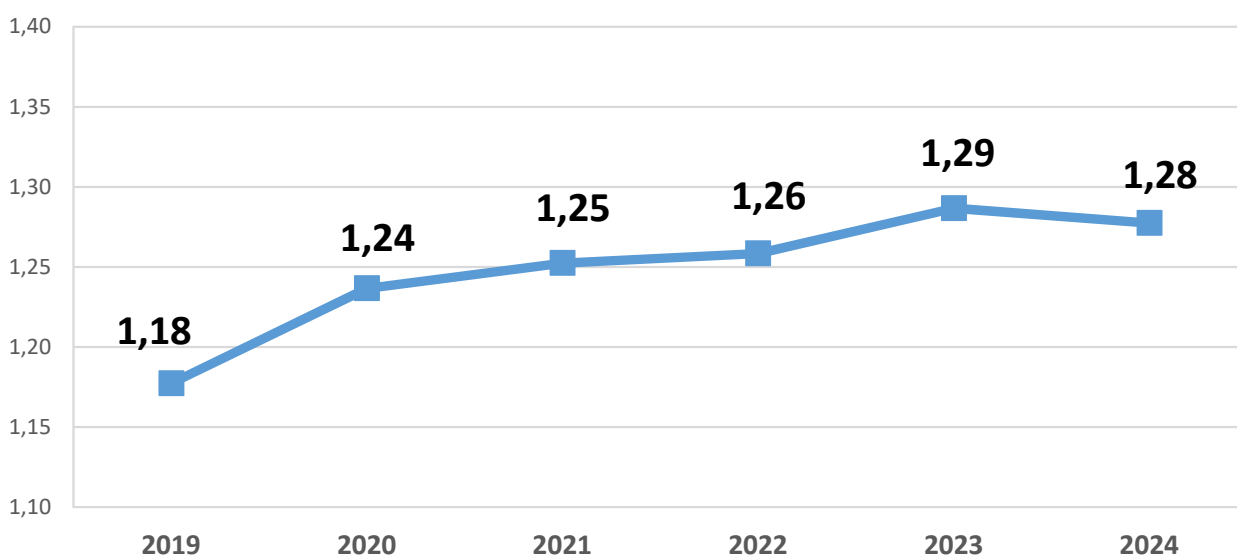
SPECIALISTICA AMBULAT. EXTRAREGIONALE (€) - PRIMI 11 MESI



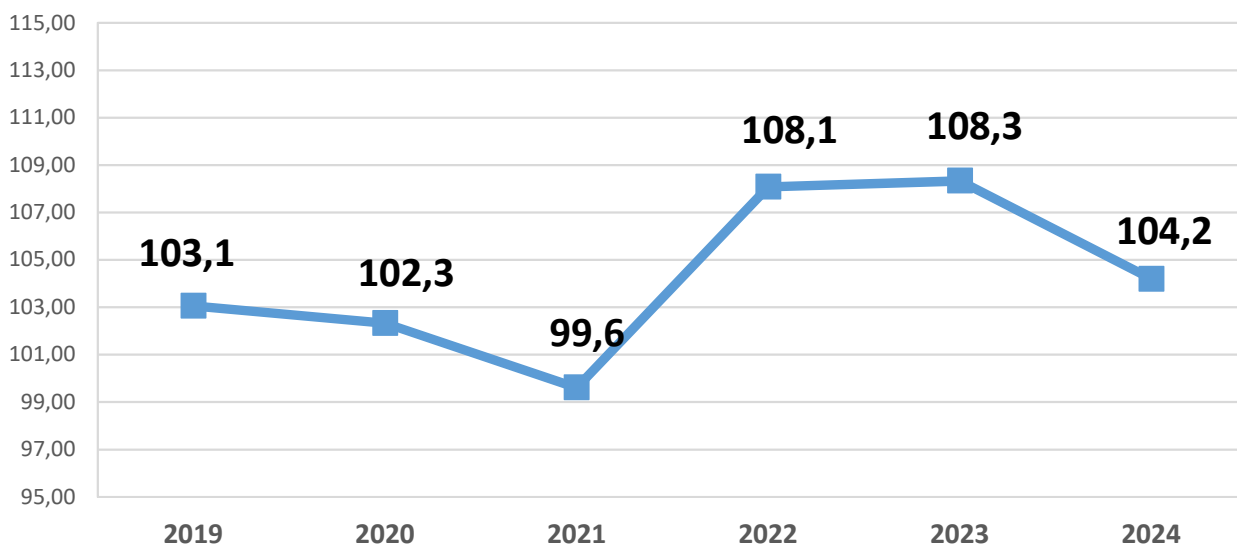
VALORE ATTIVITA' TOTALE (€) - PRIMI 11 MESI



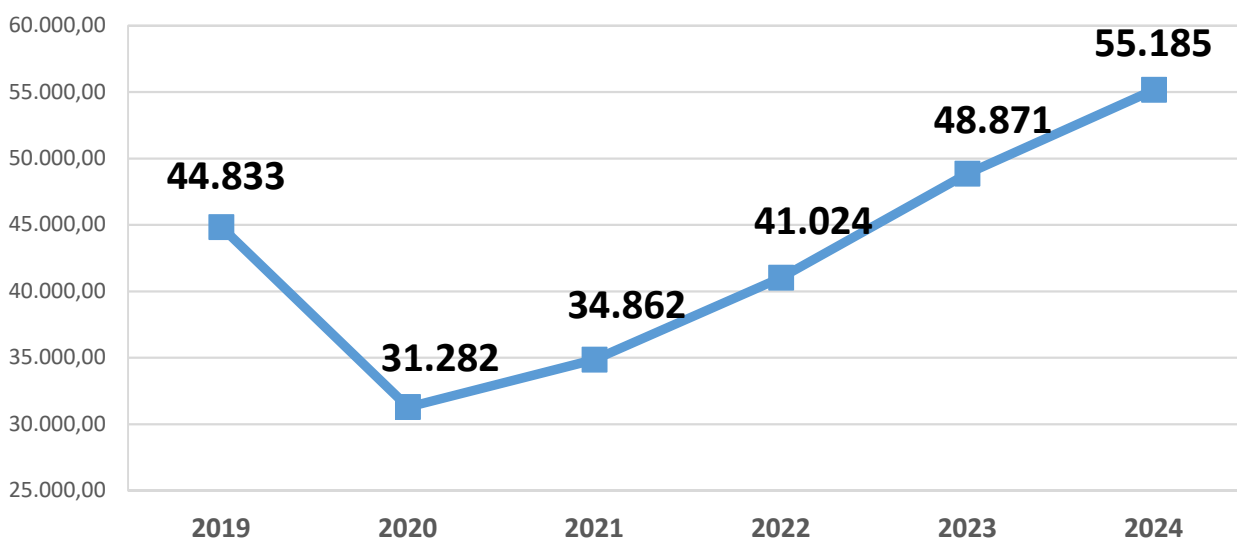
PESO MEDIO DEL DRG - PRIMI 11 MESI



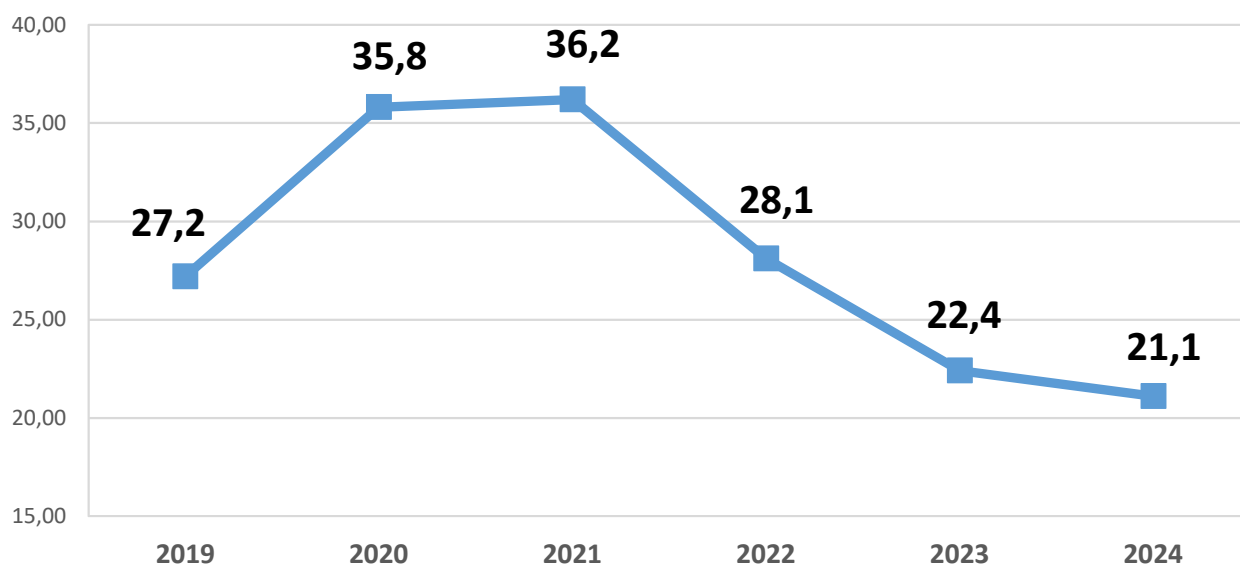
INDICE DI PERFORMANCE - PRIMI 11 MESI



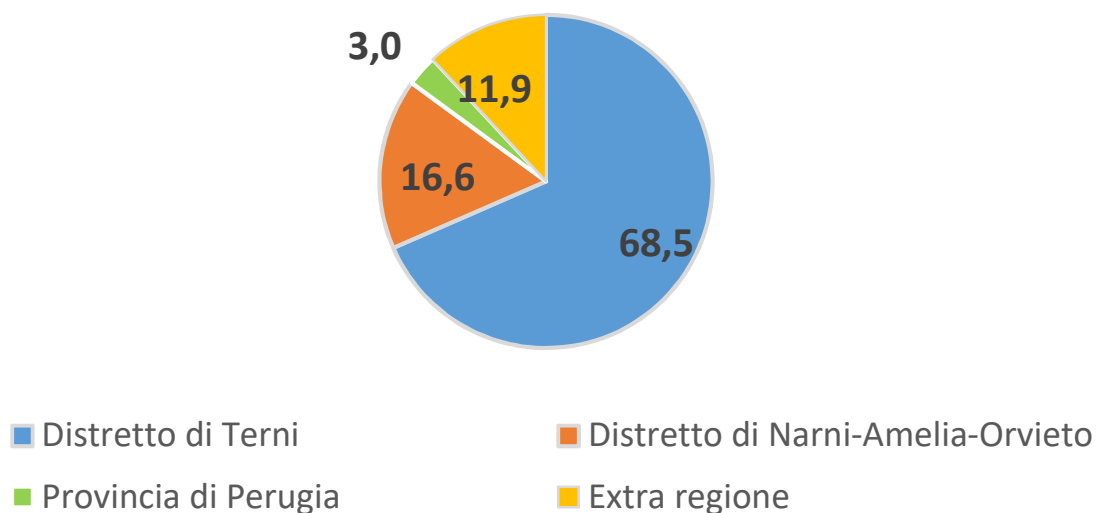
NUMERO ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO ANNI 2019-2024



TASSO DI RICOVERO ACCESSI IN P.S. (%) ANNI 2019-2024



DISTRIBUZIONE ACCESSI PER PROVENIENZA ANNO 2024



Organizzazione

Per la descrizione dell'organizzazione aziendale si riportano di seguito i piani dei Centri di attività utilizzati per il processo di budget 2025.

- CENTRI DI ATTIVITA' DIRIGENZA SANITARIA

COD	DESCRIZIONE
01	DIPARTIMENTO DI MEDICINA E SPECIALISTICA
0102	Geriatría
0103	Endocrinologia Andrologia e Malattie del Metabolismo
0106	Pneumologia
0107	Malattie infettive
0108	Nefrologia e dialisi
0109	Dermatologia
0113	Medicina interna e malattie vascolari
0115	Gastroenterologia
0116	Endoscopia Digestiva
0118	Reumatologia
0119	Medicina interna e tanslazionale
0120	Stewardship antimicrobica
02	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE, SPECIALISTICA ED ONCOLOGICA
0201	Chirurgia generale ed endocrinochirurgia
0202	Chirurgia della mammella
0203	Chirurgia Colonproctologica
0204	Chirurgia multidisciplinare a ciclo breve
0205	Chirurgia Plastica
0207	Urologia
0209	Ortopedia e traumatologia
0210	Chirurgia della mano e microchirurgia collegata
0212	Clinica Urologica Andrologica e Uroginecologica
0213	Chirurgia digestiva e d'urgenza
04	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE E ORGANI SENSORIALI
0401	Neurochirurgia
0402	Neurologia e Stroke Unit
0403	Neuroriabilitazione
0404	Neurofisiopatologia
0405	Oculistica

0406	Otorinolaringoiatria
0407	Chirurgia maxillo-facciale
05	DIPARTIMENTO CARDIO TORACO VASCOLARE
0501	Cardiochirurgia
0502	Cardiologia
0503	Emodinamica
0504	Aritmologia clinica e interventistica
0506	Cardioanestesia (T.I.P.O.)
0507	Chirurgia toracica
0508	Chirurgia vascolare
06	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
0601	Ostetricia e ginecologia
0602	Clinica pediatrica
0603	Neonatologia e patologia neonatale - T.I.N.
07	DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE
0701	Anestesia e rianimazione
0702	Pronto soccorso
0704	Medicina d'urgenza
09	DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA
0901	Radiologia
0902	Neuroradiologia
0903	Medicina nucleare
0904	Radiologia Interventistica
0905	Immunoematologia e trasfusionale
0906	Laboratorio analisi
11	DIPARTIMENTO ONCOLOGICO
1101	Oncologia
1102	Radioterapia
1103	Anatomia patologica
1104	Oncoematologia

- CENTRI DI ATTIVITA' COMPARTO SANITARIO

STRUTTURA
DIPARTIMENTO DI MEDICINA
Medicina interna trasalazionale

Geriatria
Endocrinologia
Malattie apparato respiratorio
Medicina interna Vascolare
Epatogastroenterologia
Clinica delle malattie infettive
Nefrologia degenza e Dialisi
Dermatologia
Diabetologia, dietologia e nutrizione clinica
Endoscopia operativa
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
Chirurgia generale e Colonproctologia
Chirurgia breve
Polo urologico degenze e Endoscopia urologica
Ortopedia, Chirurgia della mano, DH e PS ortopedico
Chirurgia digestiva e unità del fegato
DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE E ORGANI SENSORIALI
Oculistica, Otorino, Maxillo facciale
Neurochirurgia degenza
Neurologia e Stroke Unit
Neuroriabilitazione U.G.C.A.
Riabilitazione servizio
Neurofisiopatologia
DIPARTIMENTO CARDIO TORACO VASCOLARE
Area Cardiologica degenza
Cardiochirurgia +Chir. Toracica + Chir. Vascolare
Terapia Intensiva cardiologica (UTIC) + Cardioanestesia (T.I.P.O.)
Emodinamica, Elettrofisiologia e Servizi Amb. Cardiologici
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
Ginecologia degenza
Ostetricia Rooming-in

Sala parto (infermieri)
Sala parto (ostetriche)
Pediatria, Neonatologia e T.I.N.
Centro salute donna
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA
Anestesia e rianimazione
Pronto Soccorso
Medicina d'urgenza
DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA
Immunoematologia e TrASFusionale (tecnici)
Immunoematologia e TrASFusionale (infermieri)
Laboratorio Analisi (tecnici)
Laboratorio Analisi (infermieri)
Radiologia (Tecnici)
Radiologia (Infermieri)
Radiologia Interventistica (Tecnici)
Radiologia Interventistica (Infermieri)
RMN (Tecnici)
TAC/RMN (Infermieri)
Medicina Nucleare (Tecnici)
Medicina Nucleare (Infermieri)
DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA
Oncologia Degenza e DH, Oncoematologia
Radioterapia oncologica (Tecnici)
Radioterapia oncologica (Infermieri)
Anatomia patologica e Obitorio
AREA SALE OPERATORIE
Gruppo operatorio Piastra Nuova
Gruppo operatorio II piano; S.O. Oculistica; S.O. Poliambulatori
Gruppo operatorio VI piano: Emodinamica, Elettrofisiologia

CENTRI SANITARI DI SUPPORTO
Poliambulatori

- CENTRI SANITARI DI SUPPORTO**

COD.	DESCRIZIONE
S01	Struttura Complessa Formazione-Qualità-Comunicazione
S02	P.O. Servizio Prevenzione e Protezione
S03	S.I.T.R.O. Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Ostetrico
S04	Direzione Medica Presidio Ospedaliero
S05	Risk Management e Logistica Sanitaria
S06	Struttura Complessa Farmacia Interna
S07	Struttura Complessa Psicologia
S08	Struttura Complessa Medicina Legale
S09	Struttura Semplice Dipartimentale Medicina del Lavoro
S10	Fisica Sanitaria

- CENTRI TECNICO-AMMINISTRATIVI**

COD.	DESCRIZIONE
A01	Direzione Tecnica
A02	Economato e Provveditorato
A03	Direzione Affari Generali e Legali
A04	Struttura Complessa Risorse Umane
A05	Struttura Complessa Economico Finanziaria
A06	Struttura Complessa 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.

COD. CDR	DESCRIZIONE CDR
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 31/12/2024, nell'anno 2024 si è avuto un incremento della dotazione.

	31/12/2019	31/12/2020	31/12/2021	31/12/2022	31/12/2023	31/12/2024
MEDICI	380	395	414	388	379	382
ALTRI DIRIGENTI SANITARI	25	22	26	25	26	27
INFERMIERI	769	849	889	863	839	884
TECNICI SANITARI	141	150	158	154	158	158
OSS/OTA e AUSILIARI	157	178	175	191	200	217
RUOLO AMMINISTRATIVO	70	66	63	63	57	63
RUOLO TECNICO	60	61	62	54	56	55
RUOLO PROFESSIONALE	3	0	2	3	4	2
TOTALE	1.605	1.721	1.789	1.741	1.719	1.788

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 31/12/2024		TOTALE
		ORDINARI	DIURNI	
0701	CARDIOCHIRURGIA	8		
0801	CARDIOLOGIA	18	1	
0802	EMODINAMICA	4		
0803	ELETTROFISIOLOGIA	4		
0907	CHIRURGIA MULTIDISCIPLINARE A CICLO BREVE	2		2
0909	CHIRURGIA GENERALE E ENDOCRINOCHIRURGIA	3		0
0910	CHIRURGIA GENERALE E DIGESTIVA	20		1
0911	CHIRURGIA MAMMELLA	1		2
0912	COLONPROCTOLOGIA	14		1
1001	CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	2		1
1201	CHIRURGIA PLASTICA	2		
1301	CHIRURGIA TORACICA	6		
1401	CHIRURGIA VASCOLARE	11		1
2101	GERIATRIA	32		
2401	MALATTIE INFETTIVE	26	3	
2604	MEDICINA D'URGENZA	27		
2605	ENDOCRINOLOGIA	0	1	

CODICE	REPARTO	POSTI LETTO AL 31/12/2024		TOTALE
		ORDINARI	DIURNI	
2606	MEDICINA INTERNA E VASCOLARE	32		
2611	REUMATOLOGIA	0	3	
2612	MEDICINA INTERNA E TRASLAZIONALE	32	0	
2901	NEFROLOGIA	8	1	
3001	NEUROCHIRURGIA	20		1
3101	NIDO	15		
3201	NEUROLOGIA	18	1	
3401	OCULISTICA	1		1
3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	23		1
3603	CHIRURGIA DELLA MANO	3		1
3701	OSTETRICA GINECOLOGICA	27		1
3802	CLINICA OTORINO	9		1
3901	CLINICA PEDIATRICA	13	1	
4301	UROLOGIA	5		1
4303	CHIRURGIA UROLOGICA AUG	4		1
4304	UNITA' PROSTATA	1		1
4901	TERAPIA INTENSIVA	15		
4902	TERAPIA INTENSIVA POSTOPERATORIA	5		
5001	CARDIOLOGIA TERAPIA INTENSIVA	11		
5201	CLINICA DERMATOLOGICA	0		1
5801	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	0	1	
5803	EPATOASTROENTEROLOGIA	14	1	
6201	DIVISIONE NEONATOLOGICA	6		
6403	ONCOLOGIA	12	8	
6601	ONCOEMATOLOGIA	0	1	
6802	PNEUMOLOGIA	13		
6901	NEURORADIOLOGIA	0		1
6902	RADIOLOGIA	0		1
7301	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	4		
7501	NEURORIABILITAZIONE INTENSIVA	6		
100902	INTERO OSPEDALE	477	42	519

Tab. 2

	31/12/2019	31/12/2020	31/12/2021	31/12/2022	31/12/2023	31/12/2024
ORDINARIO	502	445	522	506	505	477
DAY HOSPITAL / DAY SURGERY	38	38	39	39	39	42
TOTALE	540	483	561	545	544	519

Bilancio

BILANCIO ECONOMICO

Di seguito si riporta il conto economico riferito al consuntivo degli anni 2021, 2022 e 2023. Per quanto riguarda il Bilancio consuntivo 2024, questo va elaborato entro il mese di aprile 2025.

VOCE MODELLO CE	Consuntivo 2021	Consuntivo 2022	Consuntivo 2023
A) Valore della produzione			
A.1) Contributi in c/esercizio	62.772.561,51	66.011.307,26	69.298.620,63
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	0	0	600.000,00
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	2.499.352,17	1.103.303,29	2.447.761,86
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	138.303.055,61	133.056.604,74	132.926.772,71
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	7.757.170,12	5.800.306,45	4.007.865,61
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	4.647.859,88	4.338.830,37	4.175.442,51
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	0	0
A.9) Altri ricavi e proventi	241.657,72	554.235,37	680.719,09
Totale valore della produzione (A)	218.563.723,34	213.569.232,66	215.940.513,24
B) Costi della produzione			
B.1) Acquisti di beni	54.379.221,10	54.325.531,79	54.821.196,14
B.1.A) <i>Acquisti di beni sanitari</i>	53.681.360,46	53.668.094,39	54.131.720,63
B.1.B) <i>Acquisti di beni non sanitari</i>	697.860,64	657.437,40	689.475,51
B.2.A) Acquisti servizi sanitari	10.236.970,74	8.531.713,32	8.486.103,47
B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	27.596.428,78	28.986.330,83	26.969.637,96
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	7.194.570,08	7.131.887,45	7.807.787,28
B.4) Godimento di beni di terzi	2.595.114,96	1.927.308,66	1.167.637,74
<i>Totale Costo del personale</i>	93.600.831,54	95.884.958,68	95.457.426,39
B.9) Oneri diversi di gestione	947.715,31	1.587.153,64	1.658.555,70
<i>Totale Ammortamenti</i>	5.288.389,08	5.407.787,33	5.315.134,71
B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	0	0	0
B.13) Variazione delle rimanenze	64.413,65	-426.164,39	185.215,96
B.14) Accantonamenti dell'esercizio	11.501.373,05	5.060.338,70	7.210.600,39
Totale costi della produzione (B)	213.405.028,29	208.416.846,01	209.079.295,74
C) Proventi e oneri finanziari			
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-26.714,43	-1.402,02	1.425,03
D) Rettifiche di valore di attività finanziarie			
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)			
E) Proventi e oneri straordinari			
Totale proventi e oneri straordinari (E)	1.516.782,08	1.570.891,47	64.358,49
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	6.648.762,70	6.721.876,10	6.798.284,04
Imposte e tasse			
Totale imposte e tasse	6.638.762,88	6.721.876,10	6.786.688,95
RISULTATO DI ESERCIZIO	9.999,82	0,00	11.595,09

BILANCIO GESTIONALE

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

VOCE CE	RICAVI	consuntivo 2021	consuntivo 2022	consuntivo 2023
A.1.A	Finanziamenti a mandato regionali	54.304.634,39	63.857.737,19	65.472.402,40

A.1.B , A.1.C , A.1.D , A.3	Altri finanziamenti in conto esercizio	10.967.279,29	3.256.873,36	6.273.980,09
A.1 , A.3	FINANZIAMENTI	65.271.913,68	67.114.610,55	71.746.382,49
A.4.A.1	MOBILITA' REGIONALE	116.336.335,43	108.534.923,53	106.882.604,92
A.4.A.3	MOBILITA' EXTRAREGIONALE	17.222.324,92	19.500.000,00	20.599.203,09
A.2	Rettifica finanziamenti per investimenti	0,00	0,00	-600.000,00
A.4.A.2 , A.4.B , A.4.C	Altri ricavi per prestazioni sanitarie	281.988,41	302.694,23	313.797,58
A.6	Compartecipazione alla spesa (ticket)	2.342.066,33	2.704.645,18	3.003.330,83
A.4.D	Ricavi ALP	4.462.406,85	4.718.986,98	5.131.167,12
A.5	Rimborsi	7.757.170,12	5.800.306,45	4.007.865,61
A.7	Sterilizzazione ammortamenti	4.647.859,88	4.338.830,37	4.175.442,51
A.8 , A.9	Altri ricavi	241.657,72	554.235,37	680.719,09
C.1 , C.2 , D.1 , E.1	Ricavi straordinari	2.399.966,39	2.570.508,35	690.398,23
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	ALTRI RICAVI	22.133.115,70	20.990.206,93	17.402.720,97
	TOTALE RICAVI	220.963.689,73	216.139.741,01	216.630.911,47
	TOTALE COSTI	220.953.689,91	216.139.741,01	216.619.316,38
	RISULTATO	9.999,82	0,00	11.595,09

	COSTI			
cdr	descrizione cdr	consuntivo 2021	consuntivo 2022	consuntivo 2023
AZ20-A010	Servizio igiene prevenzione e protezione	42.828,00	0,00	0,00
AZ20-A020	Direzione medica di presidio ospedaliero	2.738.327,34	3.007.292,10	3.131.903,92
AZ20-A030+A034	Farmacia	46.490.627,33	51.851.702,51	53.804.840,06

AZ20-P010	Direzione Amministrazione giuridica ed economica del personale	98.974.797,63	101.772.704,19	101.321.477,74
AZ20-P020	Direzione Amministrazione giuridica ed economica del personale	1.587.101,99	2.226.971,94	1.742.777,24
AZ20-P030	Direzione Procedimenti evidenza pubblica per forniture servizi e lavori	4.004.472,12	4.008.697,30	3.963.383,22
AZ20-Q010	Direzione Attività tecniche	10.148.708,39	11.591.549,50	9.896.923,57
AZ20-Q015	Direzione Attività economiche e servizi alberghieri	13.541.357,58	15.773.825,02	15.771.897,98
AZ20-Q020	Ufficio controllo di gestione e sistemi informatici	2.391.104,56	2.562.224,77	2.262.324,18
AZ20-Q030	Direzione affari generali e legali	2.980.968,06	2.964.902,36	2.866.131,71
AZ20-Q060	Centro di formazione	139.350,89	243.849,67	194.731,64
AZ20-Q070	Ufficio legale	1.301.122,59	1.092.523,13	1.174.763,40
AZ20-Q080	Direzione economica e di contabilità generale	6.531.345,79	6.322.343,54	6.595.629,62
AZ20-Q090	Qualità	28.106,36	17.260,58	30.603,20
AZ20-R010	Attività libero-professionale intramuraria	4.245.738,51	4.483.185,82	4.775.996,32
AZ20-9*	Somme vincolate	5.465.252,53	1.993.861,13	5.846.451,96
AZ20-9052	EMERGENZA SANITARIA	20.278.066,59	6.653.011,84	3.054.264,66
	Variazioni giacenze	64.413,65	-426.164,39	185.215,96
	TOTALE COSTI	220.953.689,91	216.139.741,01	216.619.316,38
	TOTALE RICAVI	220.963.689,73	216.139.741,01	216.630.911,47
	RISULTATO	9.999,82	0,00	11.595,09

Pianificazione Triennale

Obiettivi triennali

In questa sezione si evidenziano gli obiettivi strategici che l'Azienda intende perseguire nel triennio 2025-2027.

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 2025.

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 inappropriately della degenza;
 - Riduzione inappropriately 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 Ciclo della Performance.

Di seguito sono riportate le schede degli obiettivi da assegnare ai Centri di Attività della Dirigenza Sanitaria, così come sono strutturate nell'anno 2025.

Relativamente al settore del Comparto Sanitario, proseguendo quanto già messo in pratica nell'anno precedente, oltre alla condivisione di alcuni obiettivi con l'area della Dirigenza, sono previsti 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

1a) VALORE ATTIVITA'					
Indicatore	Risultati 2019	Risultati 2023	Risultati 2024	Obiettivo 2025	Peso
Volume attività di ricovero medio-bassa specialità regionale					
Volume attività di ricovero alta specialità regionale					
Volume attività di ricovero extraregionale					

Totale Volume Attività di Ricovero					
Volume attività specialistica ambulatoriale medio-bassa specialità regionale					
Volume attività specialistica ambulatoriale extraregionale					
Totale Volume Attività Specialistica Ambulatoriale					
Totale Volume Attività					

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

1b) COSTI					
Indicatore	Risultati 2019	Risultati 2023	Risultati 2024	Obiettivo 2025	Peso
COSTI BENI SANITARI					
Consumo beni sanitari reparto					
Consumo beni sanitari servizio					
Consumo beni sanitari sala operatoria alto costo					
Totale Costi Diretti					
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

1c) EFFICIENZA					
Indicatore	Risultati 2019	Risultati 2023	Risultati 2024	Obiettivo 2025	Peso
Costo beni sanitari per euro di attività					

AREA 2: INDICATORI AZIENDALI DI PERFORMANCE

Indicatore	Risultati 2019	Risultati 2023	Risultati 2024	Obiettivo 2025	Peso
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

Indicatori MES		Risultati 2019	Risultati 2023	Risultati 2024	Obiettivo 2025	Peso
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	

AREA 4: INDICATORI AGENAS PNE

Indicatori di Esito	Risultati 2019	Risultati 2023	Risultati 2024	Obiettivo 2025	Peso
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	

AREA 5: ADEMPIMENTI

Adempimenti	Fonte	Certific.	Monit.	Peso
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 2025 posto come obiettivo principale la riduzione del numero delle giornate di degenza inappropriate, 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 organizzativa

La valutazione della Performance organizzativa opera a tutti i livelli organizzativi in funzione dei ruoli ricoperti e delle aree di responsabilità previste nell'organigramma aziendale.

Oggetto di valutazione è il grado di raggiungimento degli obiettivi attribuiti alle singole unità organizzative nell'ambito del processo di budget.

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 e ai Responsabili dei Centri di Budget.

Si passa quindi in successione alla stesura del Piano Integrato di Attività e Organizzazione 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 tecnico-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 nell'ambito della relazione della Performance.

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

CRONOPROGRAMMA	
Dicembre anno precedente	Stesura documento di presentazione degli obiettivi di budget e trasmissione ai Responsabili dei centri di budget
	Presentazione degli obiettivi al Collegio di Direzione
Gennaio anno in corso	Stesura del P.I.A.O. triennale e costituzione del Comitato di Budget
	Negoziiazione e assegnazione degli obiettivi ai centri di attività della Dirigenza Sanitaria e ai centri di attività del Comparto Sanitario
Febbraio anno in corso	Negoziiazione 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, eventuale ridefinizione degli obiettivi
Febbraio-Maggio 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 dei risultati, trasmissione all'O.I.V.
Giugno anno successivo	Stesura della Relazione sulla Performance. Validazione della Relazione sulla Performance da parte dell'O.I.V.

Gli obiettivi assegnati ai singoli Centri di budget devono essere:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- specifici e misurabili in termini concreti e chiari al fine di consentire un confronto tra risultato atteso e risultato raggiunto; il confronto è il parametro di riferimento per il controllo e per la valutazione;
- tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale ed internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni sanitarie analoghe;
- confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- correlati alla quantità ed alla qualità delle risorse disponibili;
- condivisi con i Centri di budget interessati e controllabili dagli stessi.

La performance organizzativa 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 TECNICO-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

AREA COMPARTO

La Performance individuale del personale del Comparto è rilevata annualmente attraverso la valutazione individuale permanente, che è effettuata mediante la valorizzazione di apposita scheda valutativa del personale dipendente che tiene conto di diversi elementi ed in particolare della loro incidenza rispetto al profilo e area di appartenenza.

La scheda unica permette di valutare il dipendente nella performance individuale evidenziando:

- 1) I RISULTATI, come raggiungimento degli obiettivi annuali inseriti nel PIAO, che si distinguono in:
 - Risultati raggiunti dall'amministrazione nel suo complesso o dell'unità organizzativa sovraordinata cui il valutato contribuisce;
 - Risultati legati ad eventuali obiettivi individuali specificatamente assegnati;
- 2) I COMPORTAMENTI che attengono al "come" un'attività viene svolta, all'interno dell'amministrazione e che riguardano:
 - Competenze tecniche professionali;
 - Competenze organizzative e relazionali

A tal proposito si richiama l'art. 23 del Codice di Comportamento contenuto nella DDG n. 541 del 7/08/2024 il quale prevede che l'attuazione dei doveri e adempimenti previsti nel suddetto Codice è rilevante nell'ambito della definizione dei criteri di misurazione e valutazione della performance.

La Scheda è utilizzata per la valorizzazione della performance individuale annuale di ciascun dipendente e permette di valutare contestualmente le performance dei dipendenti titolari di incarico di Funzione organizzativa/professionale.

La valutazione della performance individuale è estesa a tutti i dipendenti con contratto a tempo indeterminato, determinato e in comando.

Il sistema di valutazione della performance individuale prevede la valutazione individuale da parte del diretto superiore gerarchico, secondo i criteri e le modalità previste negli accordi sottoscritti con le Organizzazioni Sindacali.

AREA DIRIGENZA

La rilevazione della Performance individuale della Dirigenza è effettuata mediante la valorizzazione di apposita scheda valutativa che tiene conto delle diverse aree Medica/ Sanitaria e Tecnico Amministrativa e della loro incidenza rispetto all'incarico dirigenziale ricoperto.

La scheda unica permette di valutare il dipendente nella performance individuale evidenziando:

- 1) I RISULTATI, come raggiungimento degli obiettivi annuali inseriti nel PIAO e, che si distinguono in:
 - Risultati raggiunti dall'amministrazione nel suo complesso o dell'unità organizzativa sovraordinata cui il valutato contribuisce;
 - Risultati legati ad eventuali obiettivi individuali specificatamente assegnati;
- 2) I COMPORTAMENTI che intervengono in maniera diretta nella realizzazione degli obiettivi che tengono conto delle capacità e competenze dei singoli dirigenti di raggiungere i propri obiettivi individuali, così come del contributo di ognuno per il raggiungimento degli obiettivi della struttura di riferimento. Nello specifico riguardano:
 - Competenze tecnico-specialistiche;
 - Competenze professionali trasversali;
 - Competenze manageriali e di leadership;
 - Competenze organizzative e relazionali.

A tal proposito si richiama l'art. 23 del Codice di Comportamento contenuto nella DDG n. 541 del 7/08/2024 il quale prevede che l'attuazione dei doveri e adempimenti previsti nel suddetto Codice è rilevante nell'ambito della definizione dei criteri di misurazione e valutazione della performance.

Sono quindi due gli ambiti di valutazione valorizzati nella scheda della dirigenza, uno relativo ai risultati attinenti alla valorizzazione del contributo nell'ambito della performance organizzativa, l'altro relativo alla qualità dell'esercizio del ruolo e alle competenze professionali nell'ambito della valutazione individuale.

Le rispettive valorizzazioni e i singoli indicatori attinenti ad entrambi gli ambiti sono diversificati rispetto all'incarico dirigenziale ricoperto:

- Incarico di Direttore di Struttura Complessa/di Struttura Semplice Dipartimentale;
- Incarico di Responsabile di Struttura Semplice/di altro incarico professionale.

La valutazione della performance individuale è estesa a tutti i dirigenti con contratto a tempo indeterminato, determinato, in comando e al personale universitario in convenzione.

Il sistema di valutazione della performance individuale prevede la valutazione individuale da parte del diretto superiore gerarchico, secondo i criteri e le modalità previste negli accordi sottoscritti con le Organizzazioni Sindacali.

Altre forme di premialità

Gli obiettivi di rilevanza strategica aziendale sono obiettivi individuali e vengono identificati direttamente dal Direttore Generale / Sanitario / Amministrativo con apposita scheda controfirmata. Tali obiettivi possono essere identificati in momenti successivi nel corso dell'anno per lo svolgimento di attività / progetti di rilevanza strategica o per far fronte a situazioni di criticità ed esigenze impreviste.

Nella loro formulazione devono essere indicati: la descrizione dell'incarico, la valorizzazione in termini di punti da riparametrare a livello economico secondo quanto riportato nel Regolamento attuativo del S.M.V.P., la Struttura di afferenza e il responsabile dell'incarico.

La quota di fondo destinata a tali obiettivi è stabilita nel sopra citato regolamento attuativo specificamente per il settore della Dirigenza e per quello del Comparto.

Gli obiettivi devono essere identificati con la medesima metodologia aziendale utilizzata per l'individuazione degli obiettivi di budget; i criteri di valutazione devono garantire la selettività e l'effettivo carattere incentivante e tenere conto dell'apporto partecipativo e qualitativo dei professionisti coinvolti nei progetti.

Misurazione e valutazione della Performance

Processo di valutazione della Performance Organizzativa

Il Servizio Controllo di Gestione è deputato al controllo periodico dello stato di avanzamento degli obiettivi attribuiti ai Centri di budget ed alla raccolta ed elaborazione delle evidenze documentali attestanti il livello di raggiungimento degli stessi.

La misurazione del valore degli indicatori prescelti come obiettivi è effettuata dalla Struttura Controllo di Gestione, mentre la certificazione del conseguimento degli adempimenti previsti nel processo di budget è eseguita dal "certificatore" specificatamente identificato in sede di assegnazione degli obiettivi, così come si osserva dalla scheda relativa all'Area 5 (Adempimenti)

La valutazione dei risultati raggiunti, a consuntivo, viene svolta, di norma entro i primi mesi dell'anno successivo, da parte del Direttore Sanitario, per quanto riguarda i risultati relativi ai Centri di Attività della Dirigenza Sanitaria, ai Centri di Attività del Comparto Sanitario e ai Centri Sanitari di Supporto e da parte del Direttore Amministrativo, per quanto riguarda i risultati relativi ai Centri Tecnico-Amministrativi.

Tale valutazione viene sottoscritta e deliberata, unitamente alla Relazione sulla Performance, dal Direttore Generale entro il 30 giugno dell'anno successivo e quindi validata dall'O.I.V., come previsto dal D. Lgs. 150/09 e s.m.i.

Processo di misurazione e valutazione della Performance Individuale

Il sistema di misurazione e valutazione della performance individuale, prevede una descrizione del processo utilizzato per passare dalla definizione degli obiettivi aziendali, che ciascun responsabile comunica ai dipendenti della propria struttura, all'assegnazione del punteggio a tutti i soggetti valutati.

La performance individuale è valutata secondo i criteri specificati nel Capitolo 7.

Il processo di valutazione individuale è coordinato dalla S.C. Risorse Umane, la quale si occupa di monitorare le schede individuali redatte dal superiore gerarchico secondo i criteri e le modalità previste nei Regolamenti in essere.

La valutazione individuale è responsabilità del valutatore, il quale ha l'obbligo di redigere le schede individuali di ciascun dipendente sottoposto rispettando i termini previsti dall'Azienda, con riguardo sia ai risultati individuali che alla valutazione comportamentale.

La presenza minima in servizio necessaria per la valutazione individuale dovrà essere di durata utile da consentire un'adeguata conoscenza del valutato da parte del valutatore (pari ad almeno 90 giorni di presenza lavorativa documentati dal sistema di rilevazione delle presenze).

Il valutatore deve mettere in atto tutti i meccanismi di confronto sistematico con il valutato in ogni fase del processo:

- Nella fase di programmazione, quando si condividono le aspettative, i traguardi da raggiungere e i corrispondenti comportamenti attesi, al fine di stabilire una reciproca conoscenza degli elementi che sono oggetto di valutazione;
- Nella fase di monitoraggio intermedio, quando il confronto consente l'eventuale riallineamento a fronte di cambiamenti sostanziali del contesto di riferimento;
- Nella fase di valutazione, quando il colloquio costituisce un momento di confronto sulla prestazione del valutato per individuare le eventuali modalità per il futuro miglioramento della prestazione.

Una valutazione trasparente, realistica e diversificata deve promuovere comportamenti migliorativi, premiare la professionalità e segnalare le criticità, tenuto conto anche che le modalità di valutazione sono a loro volta considerate a fini valutativi.

Nel caso in cui la responsabilità di una struttura sia stata assegnata nel corso dell'anno a diversi soggetti, il valutato sarà sottoposto alla valutazione del Responsabile che dirige la Struttura al momento della valutazione, sentito il parere, ove possibile, del precedente Responsabile.

Come previsto dall'art.9, comma 1, lett. d) del d.lgs. 150/2009, il valutatore ha l'obbligo di differenziare i giudizi individuali; tale differenziazione rappresenta un indicatore della qualità del Sistema e allo stesso tempo uno strumento motivazionale per il valutato.

La mancata o scarsa differenziazione delle valutazioni implica dei possibili rischi da un punto di vista organizzativo, avendo un impatto potenzialmente negativo sul livello di motivazione dei dipendenti, sull'equità percepita e sulla "credibilità" stessa del sistema di misurazione e valutazione della performance, pertanto il valutatore deve sempre tenere conto del principio di differenziazione.

È in questa ottica che vanno considerati i meccanismi di confronto sopra citati, necessari al raggiungimento di un adeguato livello di equità percepita da parte dei dipendenti circa il sistema di misurazione e valutazione della performance.

La messa in atto di tali misure rende la valutazione della performance individuale più oggettiva, più confrontabile, più trasparente, meno soggetta a distorsioni e meno legata alla "soggettività" del singolo valutatore.

Gli esiti della valutazione annuale della Performance Individuale, secondo quanto disciplinato dal presente Sistema di misurazione e valutazione della Performance (S.V.M.P.), sono inseriti dall'Ufficio Risorse Umane nel fascicolo personale del dipendente e contribuiscono alla creazione del dossier curriculare individuale.

La Performance individuale, oltre che per l'erogazione del trattamento economico accessorio, viene impiegata per individuare sia i "gap" di competenza tra i dipendenti e definire eventuali percorsi formativi e professionali specifici.

Processo di valutazione degli obiettivi di rilevanza strategica aziendale

La Struttura Controllo di Gestione è deputata alla raccolta delle evidenze documentali e all'elaborazione dei dati attestanti il livello di raggiungimento degli obiettivi di rilevanza strategica aziendale.

Tale valutazione viene successivamente validata dall'O.I.V. entro il 30 giugno dell'anno successivo, nell'ambito dei compiti previsti dal Decreto Lgs 150/09 e s.m.i.

Valutazione negativa

Si definisce valutazione negativa, il raggiungimento dell'indice correlato alla valutazione individuale inferiore al 40%, a prescindere dal risultato conseguito dalla struttura di appartenenza, ed il raggiungimento di un indice correlato alla valutazione organizzativa inferiore al 60%.

Tale condizione implica:

- La non erogazione della retribuzione di risultato e di produttività con riguardo all'anno al quale la valutazione si riferisce, in correlazione al mancato raggiungimento degli obiettivi individuali e degli standard minimi di comportamento attesi;
- Potenziali effetti sul sistema degli incarichi e di sviluppo professionali;
- L'applicazione delle sanzioni disciplinari previste in caso di costante valutazione negativa della performance individuale del dipendente per ciascun anno dell'ultimo triennio (art. 3, comma 5-bis, del d.lgs. 150/2009).

Effetti della valutazione

Strumenti di incentivazione economica

Attraverso la valorizzazione della performance individuale il personale dirigente e del Comparto accede al sistema di premialità individuale secondo i meccanismi puntualmente descritti nel Regolamento attuativo del S.M.V.P., così come condivisi con accordi sindacali specifici sottoscritti con le Aree delle Dirigenze e del Comparto, ai sensi della normativa legislativa e contrattuale vigente.

Per quanto riguarda il grado di raggiungimento dei risultati di ogni Centro di Attività, si applica un criterio diretto del calcolo del grado di raggiungimento degli obiettivi indicati nel sistema di Budget sia per la Dirigenza sia per il Comparto. Pertanto, a seguito del calcolo delle percentuali di raggiungimento delle Performance di struttura sono determinati gli incentivi da performance organizzativa spettanti al personale.

Le quote incentivanti di performance individuale e di performance organizzativa sono determinate secondo le regole previste dal vigente Regolamento del S.M.V.P. Nello specifico, il peso del risultato da performance individuale è del 30%, mentre quello da performance organizzativa è del 70%.

Fascicolo personale

L'esito della valutazione della performance individuale è conservato nel fascicolo personale.

Tale documentazione è considerata tra l'altro anche per la valutazione professionale svolta dal collegio tecnico alla scadenza dell'incarico dei dirigenti, per la valutazione alla scadenza degli incarichi di funzione organizzativa e coordinamento per il personale del comparto.

Procedure di conciliazione

Ai sensi del comma 2-bis dell'art. 7 del d. lgs 150/2009, le procedure di conciliazione devono essere obbligatoriamente presenti all'interno dei sistemi di misurazione e valutazione delle performance.

Tali procedure operano in fase conclusiva del processo di valutazione, come strumento di garanzia per il valutato, in un'ottica di prevenzione di eventuali contenziosi in sede giudiziale, diritto del valutato in ogni fase del procedimento.

In caso di valutazione finale della performance individuale non condivisa da parte dell'interessato, quest'ultimo può in prima istanza fare riferimento al valutatore, in seconda istanza può rivolgersi al Collegio di Conciliazione appositamente costituito, il quale è chiamato a pronunciarsi con le modalità espresse nel Regolamento di attuazione del S.M.V.P.

Il Collegio di Conciliazione è un organo collegiale composto da quattro membri:

- Direttore della S.C. Risorse Umane o altro Dirigente in caso di incompatibilità o suo delegato che svolge le funzioni di presidente;
- Un componente scelto dal valutato
- Un componente scelto dal Direttore Generale
- Un segretario di supporto.

La composizione del Collegio di Conciliazione deve rispettare il principio della terzietà dello stesso; pertanto, sono di volta in volta esclusi i dirigenti gerarchicamente sovraordinati ai valutati e quelli appartenenti alla stessa struttura.

La disciplina della procedura di conciliazione deve ispirarsi ai principi della celerità, dell'efficacia, dell'efficienza, dell'economicità e dell'equità.

Qualora la procedura di conciliazione, nell'ottica del valutato, non sia risolutiva, lo stesso può rivolgersi all'OIV che è tenuto ad esprimersi con le modalità stabilite dal Regolamento di attuazione del S.M.V.P. succitato.

Modalità di raccordo ed integrazione con i sistemi di controllo esistenti

I Sistemi di controllo interno

L'Organismo Indipendente di Valutazione, a norma di quanto disposto dall'art.14, comma 2, sostituisce i servizi di controllo interno, comunque denominati, di cui al D.lgs. 286/1999, ed esercita, in piena autonomia, le attività di cui al comma 4. Esercita, altresì, le attività di controllo strategico di cui all'art.6, comma 1, del citato decreto legislativo n.286/1999, e riferisce, in proposito, direttamente all'Organo di indirizzo politico-amministrativo.

L'attività di valutazione e controllo strategico mira a verificare, in funzione dell'esercizio dei poteri di indirizzo da parte dei competenti organi, l'effettiva attuazione delle scelte contenute nelle direttive ed altri atti di indirizzo politico.

L'attività stessa consiste nell'analisi, preventiva e successiva, della congruenza e/o degli eventuali scostamenti tra le missioni affidate dalle norme, gli obiettivi operativi prescelti, le scelte operative effettuate e le risorse umane, finanziarie e materiali assegnate, nonché nella identificazione degli eventuali fattori ostativi, delle eventuali responsabilità per la mancata o parziale attuazione, dei possibili rimedi.

Il presente Sistema è integrato ed è coerente nei contenuti e nei tempi, per l'assolvimento da parte dell'OIV, delle funzioni di controllo strategico di cui all'art. 14, comma 2, e di monitoraggio della performance di cui all'art.6 comma1 del D.lgs.150/2009.

Il Sistema di contabilità analitica

Il funzionamento della contabilità analitica si basa su un sistema di estrazione dati ed elaborazione di report che permette il monitoraggio e l'analisi dei dati attraverso una serie di cruscotti per la visualizzazione delle informazioni.

Le informazioni prodotte da tale sistema sono quindi integrate nel Sistema di Misurazione e Valutazione delle performance dell'azienda, dal momento che alimentano le schede di valutazione delle performance organizzative.

Il raccordo di questo strumento con il sistema di misurazione e valutazione avviene su due livelli:

- coordinamento degli attori e delle funzioni organizzative rispettivamente coinvolte;
- integrazione degli strumenti di rilevazione (degli obiettivi e degli indicatori) e dei sistemi informativi a supporto dei differenti processi.

Il coordinamento è realizzato dalla S.C. Controllo di Gestione.

Il Sistema di Reporting

I sistemi di reporting aziendali rivestono una importanza strategica nel mantenere il sistema organizzativo in piena efficienza e permettere la diffusione delle informazioni ai vari livelli interessati.

Il sistema di reporting fa parte dei sistemi di programmazione e controllo essendo il “cuore” di tali sistemi; il controllo, infatti, non può esplicarsi senza un passaggio tempestivo di informazioni sulle attività correnti e la programmazione non può essere fatta se non si è in possesso di informazioni e dati relativi alle attività, alle risorse impiegate e ai risultati ottenuti precedentemente.

I sistemi di reporting moderni ed efficienti devono essere in grado di far comprendere in tempo reale se le attività programmate stanno rispettando le attese e se gli obiettivi prefissati vengono raggiunti. Tutto questo rientra in una logica budgetaria di cui i sistemi di reporting fanno parte.

Il processo di programmazione e controllo è un processo circolare e continuo dove il controllo (reporting) è il “cuore” del ciclo perché lì si attiva il processo decisionale.

Il sistema di reporting pertanto è una importante e centrale “attività di comunicazione” rivolta ai soggetti deputati a prendere decisioni in ambito aziendale ed è fondamentale per mantenere un efficiente ed efficace sistema di misurazione della performance organizzativa.

Al fine di favorire il raggiungimento degli obiettivi di Budget è necessario porre in essere un meccanismo che consenta di monitorare l'andamento della gestione nel corso del periodo di riferimento e di porre in essere tempestivamente le necessarie azioni correttive.

La Struttura Controllo di Gestione provvede al monitoraggio continuo dei risultati infra-annuali conseguiti ed al loro sistematico confronto con quelli previsti, e procede all'alimentazione di una reportistica per ogni centro di budget.

Le finalità generali del reporting sono:

- diffondere conoscenze all'interno della azienda;
- stimolare l'attenzione;
- far capire situazioni e fenomeni specifici;
- produrre interventi idonei a modificare eventuali situazioni critiche.

Il sistema di reporting garantisce la fruibilità, la semplicità interpretativa e l'effettiva utilizzabilità dei report da parte dei destinatari per l'analisi degli andamenti della gestione, per la valutazione della performance conseguita, per l'individuazione delle aree problematiche e per l'eventuale apporto di interventi correttivi.

Modalità di raccordo ed integrazione con i documenti di programmazione finanziaria e di bilancio

La misurazione e la valutazione delle performance si inserisce nell'ambito del ciclo di gestione delle performance di cui all'art 4. del D.lgs. 150/2009, il quale richiama esplicitamente la necessità di creare un raccordo con il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio.

Si tratta di un elemento di fondamentale importanza perché la valutazione delle performance è effettivamente possibile solo se i risultati raggiunti sono messi a confronto con le risorse effettivamente disponibili / utilizzate.

A tale proposito l'esecuzione dei processi di budget, così come dettagliati nel Regolamento attuativo del S.M.V.P., con l'individuazione di obiettivi relativi ai volumi di attività integrati con quelli riguardanti il corretto utilizzo delle risorse rappresenta un'ulteriore rassicurazione riguardo la conformità dei processi di pianificazione e controllo aziendali.

L'integrazione e il collegamento logico tra la misurazione e la valutazione delle Performance e il processo di programmazione economico finanziaria e di bilancio viene garantita su diversi livelli:

1. coerenza dei contenuti;
2. coerenza del calendario con cui si sviluppano i due processi;
3. coordinamento delle funzioni organizzative coinvolte (Controllo di Gestione, Economico-Finanziario, Risorse Umane, Farmacia).
4. integrazione degli strumenti di reportistica e dei sistemi informativi a supporto dei due processi.

Trasparenza e Anticorruzione

La trasparenza, intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti la metodologia e le risultanze dell'attività dell'azienda in materia di misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale, è garantita dalla adozione e pubblicazione nell'albo pretorio della delibera di approvazione del sistema e dalla pubblicazione sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente" del Sistema di misurazione e della Relazione sulla performance. La trasparenza viene altresì garantita a conclusione del processo di valutazione di performance individuale dalla pubblicazione dei risultati di performance.

Il tema della trasparenza e della comunicazione dei risultati risulta essere quindi uno dei perni fondamentali del sistema di valutazione; essa infatti è considerata quale leva determinante per l'accountability, ossia si ritiene che la misurazione dei risultati conseguiti possa tradursi in un processo di responsabilizzazione degli operatori nella misura in cui si lega alla pubblicazione dei dati e quindi ad un ritorno informativo sia alle pubbliche amministrazioni ed ai suoi operatori e sia ai cittadini. In questa prospettiva con il termine accountability si intende appunto il “rendere conto” del proprio operato con misurazioni oggettive, chiare e trasparenti.

Anche per quanto riguarda l'anticorruzione, oltre all'adozione di tutte le misure presenti nel PTPCT aziendale che richiamano per i Sanitari la tematica della gestione delle liste d'attesa per interventi chirurgici in elezione (preospedalizzazione centralizzata, Comitato per il Buon Uso delle sale operatorie, ecc.) e per le liste d'attesa ambulatoriali (individuazione di un referente unico aziendale, implementazione piastre ambulatoriali per prestazioni di II livello, attivazione overbooking, ampliamento offerta prestazioni e attivazione della cd. “presa in carico”, validazione dell'erogato) vengono assegnati obiettivi per i Dirigenti amministrativi relativamente all'aggiornamento/revisione della mappatura dei processi di propria competenza.

La trasparenza, intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti la metodologia e le risultanze dell'attività dell'azienda in materia di misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale, è garantita dalla adozione e pubblicazione nell'albo pretorio della delibera di approvazione del sistema e dalla pubblicazione sul sito istituzionale nella sezione “Amministrazione Trasparente” del Sistema di misurazione e della Relazione sulla performance. La trasparenza viene altresì garantita a conclusione del processo di valutazione di performance individuale dalla pubblicazione dei risultati di performance.

Il tema della trasparenza e della comunicazione dei risultati risulta essere quindi uno dei perni fondamentali del sistema di valutazione; essa infatti è considerata quale leva determinante per l'accountability, ossia si ritiene che la misurazione dei risultati conseguiti possa tradursi in un processo di responsabilizzazione degli operatori nella misura in cui si lega alla pubblicazione dei dati e quindi ad un ritorno informativo sia alle pubbliche amministrazioni ed ai suoi operatori e sia ai cittadini. In questa

prospettiva con il termine accountability si intende appunto il “rendere conto” del proprio operato con misurazioni oggettive, chiare e trasparenti.

Anche per quanto riguarda l'anticorruzione, oltre all'adozione di tutte le misure presenti nel PTPCT aziendale che richiamano per i Sanitari la tematica della gestione delle liste d'attesa per interventi chirurgici in elezione (preospedalizzazione centralizzata, Comitato per il Buon Uso delle sale operatorie, ecc.) e per le liste d'attesa ambulatoriali (individuazione di un referente unico aziendale, implementazione piastre ambulatoriali per prestazioni di II livello, attivazione overbooking, ampliamento offerta prestazioni e attivazione della cd. “presa in carico”, validazione dell'erogato) vengono assegnati obiettivi per i Dirigenti amministrativi relativamente all'aggiornamento/revisione della mappatura dei processi di propria competenza.

Partecipazione dei cittadini-utenti

Al fine di esaudire quanto indicato nelle normative di riferimento, che indicano la presenza tra gli obiettivi da considerare nel processo di budget anche di quelli relativi al coinvolgimento e alla soddisfazione degli utenti, si fa presente che l'Azienda Ospedaliera di Terni è stata scelta dalla Regione Umbria come Azienda pilota per l'introduzione nella regione dell'Indagine di Esperienza del servizio di Ricovero Ordinario (PREMs – Patient Reported Experience Measures - Ricoveri), il quale si propone di rilevare l'esperienza e la soddisfazione degli utenti che sono stati ricoverati presso le strutture ospedaliere.

Tale indagine, originariamente sviluppata in Toscana e Veneto, è realizzata con una modalità del tutto innovativa ed è in grado di aprire un canale diretto e continuo di comunicazione tra i cittadini e le Aziende Sanitarie aderenti all'iniziativa.

Considerazioni conclusive

Validità e aggiornamenti del Piano della Performance

Il presente Piano della Performance, riferito al triennio 2025/2027, integrato nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025/2027 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.

In particolare fa riferimento al documento sul “Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance” relativo all'anno 2024, reso esecutivo con D.G.R. 843 del 30/12/2024.

Per quanto riguarda le regole cui riferirsi per l'anno 2025, si rimanda al regolamento attuativo del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance in corso di definizione, che verrà deliberato nei primi mesi del corrente anno 2025.

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. Lgs. 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) nella sezione “Amministrazione Trasparente”.

3.3 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, del 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.

Anche nel presente PTCPT 2025-2027, 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);
- 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”*.

¹ 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.

Con la [Delibera n. 605 del 19 dicembre 2023](#), l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha approvato l'**Aggiornamento 2023 del PNA 2022**. La scelta è stata quella di concentrarsi 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".

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 “attenzionare” 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 2025-2027.

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 straordinari¹³² 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

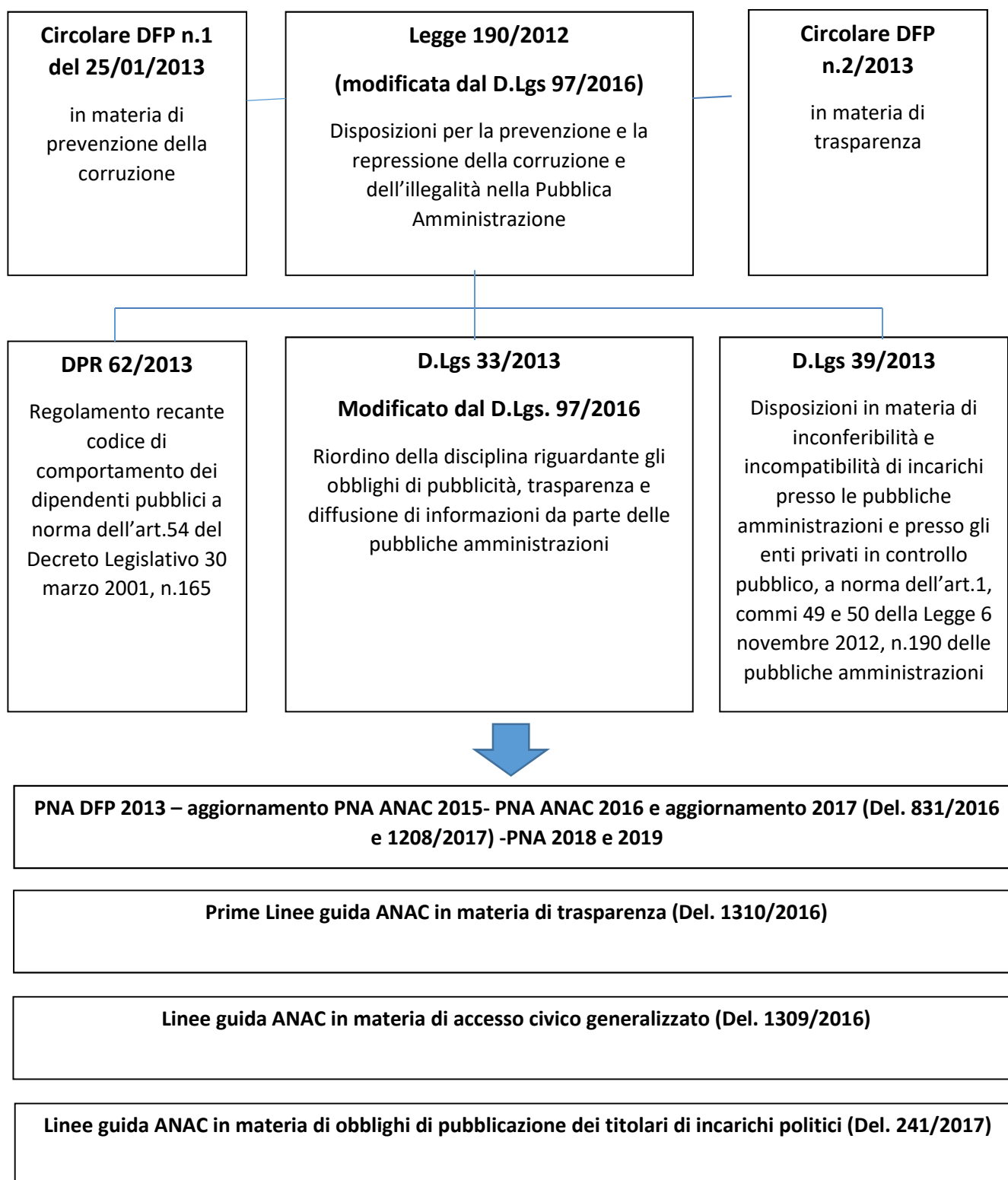
Norme a carattere generale.

- ANAC- Del. n. 493 del 25 settembre 2024 “Linee guida n.1 divieto di pantouflage”
- 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 per 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 risultava molto diversificata a seconda degli ambiti della corruzione.

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

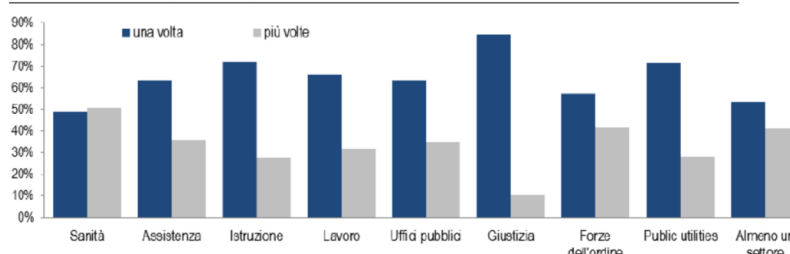
La richiesta di effettuare una visita privata prima del trattamento nella struttura pubblica era elevata in Puglia (20,7%), Basilicata (18,5%), Sicilia (16,1%) e Lazio (14,4%).

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 un titolo di studio elevato
	7,9	9,8	7,3
SETTORI			
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 rischio:

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;

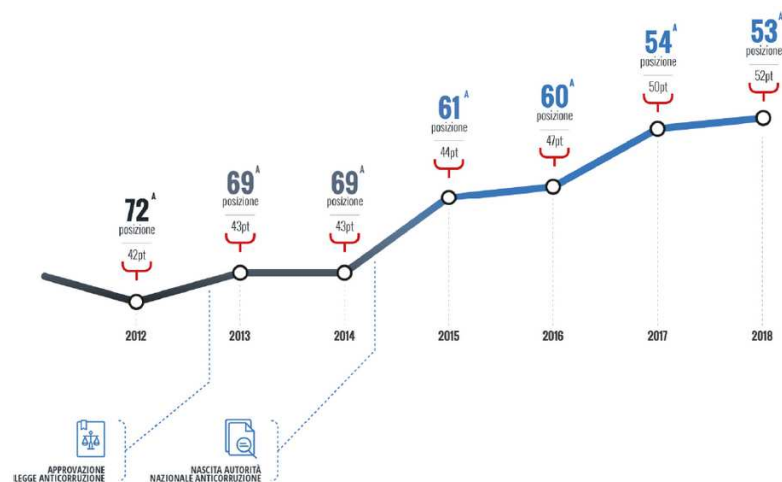
G. commercio illegale di sostanze dopanti o anabolizzanti;

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

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
- Dipartimento 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.

Nel corso dell'anno 2024, è stata rivista l'organizzazione dipartimentale dell'A.O. "S. Maria" di Terni con l'accorpamento del Dip. Neuroscienze e del Dip. Testa-collo in un unico Dipartimento "Neuroscienze ed organi sensoriali" e l'accorpamento del Dip. Diagnostica per immagini con il Dip. Diagnostica di laboratorio in un unico "Dipartimento di Diagnostica".

In particolare i dipartimenti sono i seguenti:

- Dipartimento di Neuroscienze e organi sensoriali
- Dipartimento di Diagnostica
- Dipartimento Materno infantile
- 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, Controllo di gestione.

STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA composto da: Rischio clinico, Direzione medica, Farmacia, Psicologia e Medicina legale.

AREA DELLE FUNZIONI CENTRALI composta dalle seguenti strutture, Affari generali e legali, Direzione risorse umane, Provveditorato-Economato , Economico finanziario 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 nell'A.O. "S.Maria" di Terni, a dicembre 2024, è riportata nella seguente tabella (fonte: Ufficio Controllo di gestione):

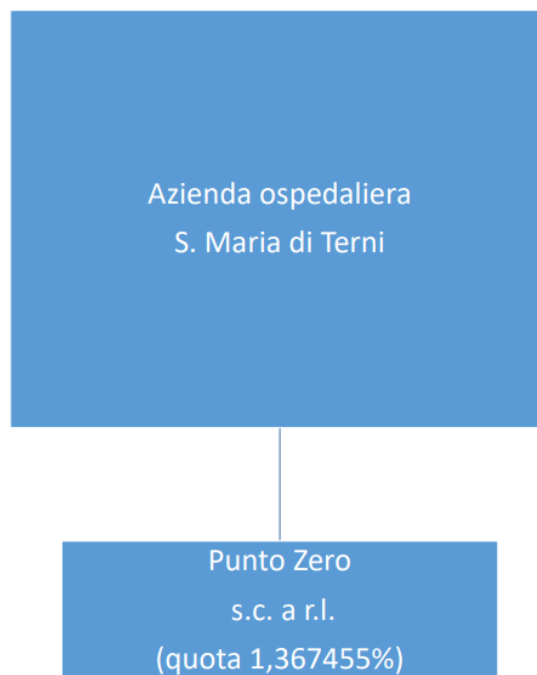
	n.
AREA DEGLI ASSISTENTI (Assist Amm.vo/ Assist. Tecnico/ Assist.Informatico Pers Tecnico)	23
AREA DEGLI OPERATORI (Coad. Amm.vo)	4
AREA DEGLI OPERATORI (Op.Socio sanit/Op. Tecn special.)	195
AREA DEL PERS. SUPPORTO (Aus. Spec.)	31
AREA DEL PERS. SUPPORTO (Coad. Amm.vo)	11
AREA DEL PERS. SUPPORTO (Oper. Tecn.)	23
AREA PROF. SALUTE FUNZION. (P.San. Riab./ Assist relig/ Coll. Amm. Prof./Coll.Tecn.Prof/Prof.San.Ost/Prof. San Infer/Prof.tecn.san.)	1085
BIOLOGI	14
DIRETTORI AMMINISTRATIVI	4
DIRIGENTE AREA COMPARTO	1
FARMACISTI	6
FISICI	4
INGEGNERI	1
MEDICI	382
PSICOLOGI	3
STATISTICO	1
Totale complessivo	1788

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. 0000815 del 12/12/2024 avente ad oggetto "Rilevazione annuale delle partecipazioni dell'Azienda Ospedaliera "S. Maria di Terni al 31/12/2023" ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. 175/2016" ha illustrato le partecipazioni dirette e indirette; di seguito alcune schede di dettaglio riportate nella suddetta Deliberazione.

Schema grafico



Scheda di dettaglio

DATI ANAGRAFICI DELLA PARTECIPATA

NOME DEL CAMPO	
Codice Fiscale	02915750547
Denominazione	Punto Zero s.c. a r.l.
Anno di costituzione della società	18/12/2006
Forma giuridica	Società consortile a responsabilità limitata
Stato di attività della partecipata	attiva
Data di inizio della procedura (1)	Dal 01.01.2022 è operativa PuntoZero Scarl, a seguito di fusione per incorporazione di Umbria Digitale Scarl in Umbria Salute e Servizi Scarl

SEDE LEGALE DELLA PARTECIPATA

NOME DEL CAMPO	
Stato	Italia
Provincia	Perugia
Comune	Perugia
CAP *	06128
Indirizzo *	Via G.B. Pontani, 39
Telefono *	075 50271
FAX *	0755003402
Email *	segreteria@puntozeroscarl.it

* campo con compilazione facoltativa

SETTORE DI ATTIVITÀ DELLA PARTECIPATA

Indicare il settore ATECO rappresentativo dell'attività svolta. Nel caso in cui i settori siano più di uno, indicarli in ordine decrescente di importanza. Non è più richiesto indicare il peso di ciascuna attività.

La lista dei codici Ateco è disponibile al link <http://www.istat.it/it/strumenti/definizioni-e-classificazioni/ateco-2007>

NOME DEL CAMPO	Indicazioni per la compilazione
Attività 1: Fornitura di servizi di front office anche connessi all'utilizzo di sistemi informatici; fornitura di servizi di acquisizione dati su sistemi informatici	82.19.09
Attività 2	62.09 63.11.1 42.22 61.90.99 62.02

ULTERIORI INFORMAZIONI SULLA PARTECIPATA *

NOME DEL CAMPO	Indicazioni per la compilazione
Società in house	si
Previsione nello statuto di limiti sul fatturato ⁽¹⁾	si
Società contenuta nell'allegato A al D.Lgs. n. 175/2016	no
Società a partecipazione pubblica di diritto singolare (art.1, c. 4, lett. A) ⁽²⁾	si
Riferimento normativo società di diritto singolare ⁽³⁾	L.R. Umbria n. 13 del 2021
La società adotta un sistema di contabilità analitica e separata per attività? ⁽⁴⁾	no
Specificare se la disciplina applicata è stata dettata da: ⁽⁵⁾	
Società esclusa dall'applicazione dell'art. 4 con DPCM (art. 4, c. 9)	no
Società esclusa dall'applicazione dell'art. 4 con provvedimento del Presidente della Regione o delle Prov. Autonome (art. 4, c. 9)	no
Riferimento normativo atto esclusione ⁽⁶⁾	

DATI DI BILANCIO PER LA VERIFICA TUSP

NOME DEL CAMPO	Anno 2023
Tipologia di attività svolta	Attività produttive di beni e servizi
Numero medio di dipendenti	533
Numero dei componenti dell'organo di amministrazione	1
Compenso dei componenti dell'organo di amministrazione	€ 194.723 (di cui compenso € 140.211,96, variabile (MBO) € 27.179,60, oneri riflessi € 27.331,44
Numero dei componenti dell'organo di controllo	1

NOME DEL CAMPO	Anno 2023
Compenso dei componenti dell'organo di controllo	€ 22.838

NOME DEL CAMPO	2023	2022	2021	2020	2019
Approvazione bilancio	si	si	si	si	si
Risultato d'esercizio	23.062	160.295	zero	zero	zero

Attività produttive di beni e servizi o Distretti tecnologici

Compilare la seguente sotto-sezione se la "Tipologia di attività svolta" dalla partecipata è: **"Attività produttive di beni e servizi"** o **"Attività di promozione e sviluppo di progetti di ricerca finanziati (Distretti tecnologici)"**.

NOME DEL CAMPO	2023	2022	2021
A1) Ricavi delle vendite e delle prestazioni	37.411.883	33.678.169	23.889.777
A5) Altri Ricavi e Proventi	3.005.496	2.908.054	663.175
di cui Contributi in conto esercizio	1.196.668	1.180.325	521.876

QUOTA DI POSSESSO (quota diretta e/o indiretta)

NOME DEL CAMPO	INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE
Tipologia di Partecipazione	Partecipazione diretta
Quota diretta ⁽⁵⁾	1,367455%
Codice Fiscale Tramite ⁽⁶⁾	
Denominazione Tramite (organismo) ⁽⁶⁾	
Quota detenuta dalla Tramite nella società ⁽⁷⁾	

QUOTA DI POSSESSO – TIPO DI CONTROLLO

Indicare il tipo di controllo esercitato dall'Amministrazione sulla partecipata. Con riferimento alle forme societarie, ai fini del controllo* è necessario tener conto, oltre che della quota diretta, anche di eventuali quote indirette detenute dall'Amministrazione nella partecipata. Nel caso di società partecipata indirettamente, in via generale, inserire il tipo di controllo esercitato dall'Amministrazione sulla "tramite".

NOME DEL CAMPO	Indicazioni per la compilazione
Tipo di controllo	controllo analogo congiunto

*Per la definizione di controllo si rinvia all'atto di [orientamento del 15 febbraio 2018](#) emanato dalla Struttura di indirizzo, monitoraggio e controllo sull'attuazione del TUSP e alla deliberazione della Corte dei conti, Sezioni riunite in sede di controllo, 20 giugno 2019, n. 11/SSRRCO/QMIG/19.

INFORMAZIONI ED ESITO PER LA RAZIONALIZZAZIONE

NOME DEL CAMPO	Indicazioni per la compilazione
Partecipazione ancora detenuta alla data di adozione del provvedimento	Si

Se la partecipazione è ancora detenuta alla data di adozione del provvedimento continuare con la compilazione dei campi di seguito riportati. Altrimenti, se la partecipazione non è più detenuta alla data di adozione del provvedimento, deve essere compilata la scheda "Partecipazione non più detenuta" in base alla tipologia della razionalizzazione realizzata.

Società controllata da una quotata	No
CF della società quotata controllante ^(R)	
Denominazione della società quotata controllante ^(R)	
La partecipata svolge un'attività di produzione di beni e servizi a favore dell'Amministrazione?	Si
Attività svolta dalla Partecipata	produzione di un servizio di interesse generale (Art. 4, c. 2, lett. a)
Descrizione dell'attività	Fornitura di servizi di front office anche connessi all'utilizzo di sistemi informatici; fornitura di servizi di acquisizione dati su sistemi informatici
Quota % di partecipazione detenuta dal soggetto privato ^(R)	0
Svolgimento di attività analoghe a quelle svolte da altre società (art.20, c.2 lett.c)	no
Necessità di contenimento dei costi di funzionamento (art.20, c.2 lett.f)	no
Necessità di aggregazione di società (art.20, c.2 lett.g)	no
L'Amministrazione ha fissato, con proprio provvedimento, obiettivi specifici sui costi di funzionamento della partecipata? (art.19, c. 5) ⁽¹⁰⁾	
Esito della revisione periodica ⁽¹¹⁾	mantenimento senza interventi
Modalità (razionalizzazione) ⁽¹²⁾	mantenimento della partecipazione con azioni di razionalizzazione della società
Termine previsto per la razionalizzazione	
Dichiarazione di Cessione a titolo oneroso in Revisione straordinaria	
Applicazione dell'art.24, comma 5-ter	
Note*	

Il RPC, ha verificato che Punto Zero ha pubblicato²:

² <https://puntozeroscarl.it/trasparenza/societa-trasparente/altri-contenuti-prevenzione-della-corruzione/>

- Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2025-2027 (ultimo disponibile on line in data 27/01/2025-in consultazione)
- Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2024-2026 approvato con determinazione dell'amministratore Unico del 31/01/2024);
- La Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (aggiunto in data 21 gennaio 2025);

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, ed è dunque anche 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 predispone 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 IFO (Incarico Funzionale Organizzativo)

Tutti i Dirigenti e titolari di IFO (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 (O.I.V.)

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

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) afferisce alla SSD Qualità, Formazione e Comunicazione; 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 un'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.

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (RPD)

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

La nomina del RPD 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 RPD 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.56 del 19/01/2023 avente ad oggetto "Designazione Responsabile della Protezione dei dati ai sensi dell'art.37 del regolamento (UE) 2016/179" ha designato l'Ing. Riccardo Alessiani - Responsabile P.O. Area Informatica Sanitaria - Responsabile della Protezione dei dati (RDP ovvero DPO) per la Azienda Ospedaliera.

Il DPO rappresenta la principale funzione di consultazione, consulenza, sorveglianza e controllo in materia di protezione dei dati personali. In conformità al Regolamento, il DPO è incaricato almeno dei seguenti compiti: • verificare nel continuo il rispetto della normativa interna ed esterna in materia di protezione dei dati personali da parte delle unità organizzative del Titolare, mediante richiesta di documenti e/o accesso a tutte le banche dati contenenti informazioni utili all'espletamento dei propri compiti; • informare e fornire consulenza al Titolare, nonché ai relativi incaricati del trattamento in merito agli obblighi derivanti dal Regolamento nonché dall'ulteriore normativa in materia di protezione dei dati personali; • fornire supporto e pareri agli organi aziendali e agli incaricati del trattamento in merito

all'interpretazione della normativa interna ed esterna in materia di protezione dei dati personali e alle corrette modalità di trattamento dei dati personali; • sorvegliare l'osservanza del Regolamento e dell'ulteriore normativa interna o esterna in materia di protezione dei dati personali nonché delle politiche del Titolare 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; • collaborare con il Titolare/responsabile, laddove necessario, nel condurre una valutazione di impatto sulla protezione dei dati (DPIA) e sorvegliarne lo svolgimento ai sensi dell'articolo 35 del Regolamento; • cooperare con il Garante; • monitorare l'evoluzione della normativa e informare il Titolare in merito alla necessità di aggiornamenti della documentazione privacy e della normativa interna che si rendano necessari alla luce di tali evoluzioni normative; • raccogliere dalle singole unità organizzative competenti le segnalazioni in merito alla necessità di aggiornamento della normativa interna; • proporre alla Direzione aziendale l'aggiornamento della normativa interna in materia di protezione dei dati personali alla luce del complessivo livello di conformità alla normativa tempo per tempo applicabile in materia; • coordinare e gestire i flussi informativi in ambito privacy all'interno della struttura organizzativa del Titolare; • fungere da punto di contatto con gli interessati e il Garante per questioni connesse al trattamento di dati personali, tra cui la consultazione preventiva di cui all'articolo 36 del Regolamento, ed effettuare, se del caso, consultazioni relativamente a qualunque altra questione.

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 “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.

Per il Piano 2025 sono stati mappati due ulteriori processi: la prima attività a rischio "Assegnazione docenze per corsi di formazione “sotto-soglia” è stata mappata dall' Area Organizzativa "SSD Formazione, Qualità e Comunicazione" mentre la seconda attività a rischio "Finanziamento interventi con fondi PNRR" è stata mappata dal RPC e coinvolge le diverse Strutture aziendali interessate da

PNRR; durante l'anno 2025, si procederà alla eventuale mappatura di ulteriori processi ovvero alla revisione di alcuni di essi.

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. 2025-2027 si provvederà a rendere effettiva la mappatura dei processi con una maggiore puntualità nel rispetto dei tempi in cui i diversi responsabili devono rendicontare le attività di contrasto ai fenomeni corruttivi introdotti nei singoli processi. Con l'indicazione della tempistica infatti si rafforza l'importanza di una chiara marca temporale alle attività di monitoraggio e valutazione. Nel corso del tempo si potranno così 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. 39/2013³.

³ 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

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 preconstituire 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.

servizio sanitario regionale; b) con la carica di componente della giunta o del consiglio di una provincia, di un comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione della medesima regione; c) con la carica di presidente e amministratore delegato di enti di diritto privato in controllo pubblico da parte della regione, nonché di province, comuni con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di forme associative tra comuni aventi la medesima popolazione della stessa regione.

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, anche nel corso dell'anno 2025 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

Ai fini della corretta applicazione di quanto previsto relativamente al divieto di pantouflage, nel corso dell'anno 2025 gli Uffici aziendali interessati fanno riferimento anche alla **Delibera ANAC n. 493 del 25 settembre 2024** "Linee guida n.1 divieto di pantouflage", consultabile *on line* (<https://www.anticorruzione.it/-/linee.guida.n.1.2024.pantouflage>)

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. lgs 165/01, 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 possono 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.

Nel corso dell'anno 2024, è stato implementato un nuovo portale.

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: <https://whistleblowing.aospterni.it/> presente nella sezione “ANTICORRUZIONE Prevenire il rischio”

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

FORMAZIONE

Nel corso dell'anno 2022, la regione Umbria ha provveduto alla “centralizzazione” presso la Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica “Villa Umbra” dei centri di formazione aziendali.

Tra le principali misure di prevenzione della corruzione da disciplinare e programmare rientra la formazione in materia di etica, integrità, trasparenza ed altre tematiche inerenti al rischio corruttivo.

Spesso nei Piani è stata riscontrata un'impostazione della formazione in materia di prevenzione della corruzione basata prevalentemente sull'analisi della regolazione e delle disposizioni normative rilevanti in materia. Ai fini di una migliore strategia di prevenzione, tale approccio necessita di essere arricchito sia con un ruolo più attivo delle persone in formazione, valorizzando le loro esperienze, sia con un lavoro su casi concreti che tengano conto delle specificità di ogni amministrazione. Ciò consentirebbe di fornire ai destinatari strumenti decisionali in grado di porli nella condizione di affrontare i casi critici e i problemi

etici che incontrano in specifici contesti e di riconoscere e gestire i conflitti di interessi così come situazioni lavorative problematiche che possono dar luogo all'attivazione di misure preventive.

È opportuno strutturare la formazione su due livelli, uno generale, rivolto a tutti i dipendenti, mirato all'aggiornamento delle competenze/comportamenti in materia di etica e della legalità; e uno specifico, indirizzato al RPCT, ai referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a maggior rischio corruttivo, mirato a valorizzare le politiche, i programmi e gli strumenti utilizzati per la prevenzione e ad approfondire tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione.

Ad esempio, per le amministrazioni tenute ad adottare il PIAO, la programmazione della misura della formazione per la prevenzione della corruzione dovrebbe coordinarsi con quanto previsto nella sezione dedicata al capitale umano e allo sviluppo organizzativo. È quindi altamente raccomandato, proprio in una logica di integrazione fra le diverse programmazioni, che il RPCT si coordini con i responsabili della sezione capitale umano e sviluppo organizzativo perché sia prevista e attuata la formazione in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza. Ulteriore coordinamento va attuato anche per il monitoraggio di questa misura.

Piani di formazioni comuni, così come non avvenuto nel corso dell'anno 2024 (motivo per il quale è stato effettuato solo un corso di formazione rivolto al RPCT, al Responsabile Trasparenza e al Responsabile Formazione aziendale (corso webinar: "Il Ciclo PIAO – L'ABC su come organizzare e gestire il Piano Integrato di Attività e Organizzazione", in data 13/01/2025); a seguito della "centralizzazione" degli Uffici formazione delle diverse Aziende Sanitarie presso la Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica di Villa Umbra, potranno essere concordati con le altre Aziende Sanitarie Regionali.

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

Con l'adozione del presente P.T.P.C.T. si dà mandato al servizio Formazione aziendale di farsi promotore presso Villa Umbra o anche in proprio, di programmare e realizzare specifici percorsi formativi in materia di prevenzione della corruzione.

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 (RSA) 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 gratuiti⁴; 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:

Classe di priorità per il ricovero	Indicazioni
A	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	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

⁴ Art.53 comma 12 D.Lgs. 165/2001.

	aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
C	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
D	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 recepito la DGR n. 437 del 26.04.2023 "Piano operativo straordinario di recupero delle liste di attesa e recepimento dell'Accordo, ai sensi dell'articolo 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato", sancito dalla conferenza permanente stato-regioni nella seduta del 9 luglio 2020", e la DGR 28/12/2023 n.1406 con cui la Giunta regionale ha approvato il documento recante "Linee di indirizzo regionali per il Regolamento di Sala Operatoria. Adozione", in cui vengono declinate le azioni di governo regionale e locale per la gestione del percorso chirurgico.

In attuazione delle indicazioni regionali l'Azienda Ospedaliera di Terni ha predisposto il piano attuativo aziendale che prevede il governo delle liste d'attesa ed il governo della capacità produttiva dei blocchi operatori.

L'azienda ha recepito la DGR 1406/2023 con propria Deliberazione DDG 937 del 29/12/2023 RECEPIMENTO DEL DOCUMENTO CONTENENTE LE "LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER IL REGOLAMENTO DI SALA OPERATORIA. ADOZIONE" DI CUI ALLA DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 1406 DEL 28/12/2023 ed ha predisposto, come da cronoprogramma, la nomina degli organismi di governo del percorso chirurgico e la revisione di Delibere già in uso.

Quanto sopra è stato formalizzato con la predisposizione delle seguenti Deliberazioni:

DDG 90 del 13.02.2024 ATTIVITÀ DI CHIRURGIA PROGRAMMATA AZIENDALE. DETERMINAZIONI, nella quale vengono esplicitate le linee di governo strategico aziendale definendo nel dettaglio il ruolo del RUA, il Gruppo Strategico ed il Comitato per il Buon Uso delle Sale Operatorie, Gruppo con attività di programmazione ed attività operativa.

DDG 296 del 30.04.2024 REVISIONE 01 - PERCORSO PREPARAZIONE INTERVENTI CHIRURGICI PROGRAMMATI. Revisione del percorso di preparazione del paziente chirurgico programmato con centralizzazione della preospedalizzazione e centralizzazione della manutenzione e gestione straordinaria della lista di attesa chirurgica relativa alle prestazioni in lista di attesa ante 2023.

DDG 297 del 30.04.2024 REVISIONE 01 - GESTIONE ATTIVITÀ CHIRURGICA PROGRAMMATA. Revisione del percorso del paziente chirurgico in elezione e del regolamento di sala operatoria.

DDG 298 del 30.04.2024 MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA CHIRURGICI.

In considerazione poi della DGR 394 del 24/04/2024 PIANO OPERATIVO STRAORDINARIO DI RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA – ANNO 2024. ADOZIONE, l'Azienda Ospedaliera di Terni ha rivisto e predisposto il piano attuativo aziendale PIANO OPERATIVO STRUTTURALE DI RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA – ANNO 2024 con l'obiettivo prioritario di recuperare le prestazioni chirurgiche in lista di attesa ante-2023.

La Direzione Sanitaria, attraverso il **Comitato buon uso delle sale operatorie** e i diversi Direttori/Responsabili delle strutture che effettuano attività interventistiche, ha provveduto al costante monitoraggio delle liste d'attesa rispetto all'obiettivo di recuperare quanto sospeso in corso di pandemia Sars-CoV2 e far meglio scorrere le liste d'attesa.

Sempre nell'ottica di un efficientamento del percorso chirurgico è in programma per i primi mesi dell'anno 2025, la ripresa a pieno regime delle attività del **Servizio di preospedalizzazione** come declinato con DDG 296/2024: l'obiettivo è di recuperare di fatto la piena funzione del Servizio (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) per tutti i pazienti inseriti in lista di attesa,

nel corso del 2024 l'attività di preospedalizzazione centralizzata è stata prevalentemente incentrata verso la gestione delle liste di attesa che si sono create in corso di 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 finalizzate ad abbattere liste d'attesa di pazienti inseriti in specifici intervalli di tempo.

Nel corso dell'anno si sono potuti constatare una ottimizzazione ed un efficientamento sia delle sale operatorie che dei singoli slot operatori, l'attività di recupero è stata dunque inserita e contestualizzata in quella che è la principale *mission* chirurgica dell'Aziendale Ospedaliera, DEA II livello, che è quella di farsi carico delle prestazioni chirurgiche atte a garantire una rapida presa in carico delle patologie che richiedono assistenza, in particolare patologie con classe A di priorità, come le patologie oncologiche, patologie tempo-dipendenti, l'alta specialità chirurgica.

Il recupero delle prestazioni chirurgiche in lista di attesa ante 2023 ha comportato l'implementazione di specifiche attività:

- a) Gestione centralizzata della lista di attesa ante 2023
- b) Rivalutazione dei pazienti in lista di attesa ante 2023
- c) Potenziamento della preospedalizzazione
- d) Attività di monitoraggio del recupero dei pazienti in lista di attesa

Nel piano di budget 2024, 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 Procedura di gestione del percorso chirurgico in elezione e nel Piano di recupero delle liste di attesa; la stessa misura è prevista nel piano di budget 2025.

Nell'ambito del **governo delle liste d'attesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale**, la Direzione Aziendale ha 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 prevedeva 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 da parte 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.
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**.

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 di 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 anche nell'anno 2024 ha concorso all'abbattimento delle prestazioni specialistiche in PdT non erogate dal privato (previo accordo con la 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.

Nel corso dell'anno 2024, al fine di consentire il contenimento delle liste di attesa ed evitare la genesi di nuovi Percorsi di tutela (PdT), in attuazione della DGR n. 394/2024 “*Piano Operativo Strutturale di Recupero delle Liste di Attesa – anno 2024*”, e della DGR n. 800/2024 recante il documento “*Aggiornamento del Piano Operativo Strutturale di Recupero delle Liste di Attesa – anno 2024*”, l'A.O. Terni con Deliberazione del D.G. n. 381 del 13/06/2024, ha predisposto il **Piano Attuativo Aziendale** che prevedeva un ulteriore potenziamento dell'offerta e governo della domanda attraverso le azioni strategiche sinteticamente declinate con riferimento ai singoli obiettivi del piano regionale.

1. Massimizzazione della attività di recupero della lista di attesa

L'A.O. TR ha sottoscritto 2 accordi di collaborazione per abbattimento lista di attesa con l'azienda territoriale di riferimento Usl Umbria 2: il primo relativo al periodo 15 marzo-30 giugno (Deliberazione del DG N. 358 DEL 05/06/2024); il successivo relativo al periodo primo luglio-31 dicembre 2024 (Deliberazione del D.G. n. 609 del 10/09/2024). L'AO di Terni provvede inoltre, nel rispetto degli

accordi sottoscritti, all'erogazione delle prestazioni di II livello e/o non erogate da Usl Umbria 2 secondo il fabbisogno espresso dalla stessa azienda territoriale.

2. Implementazione presa in carico da parte degli specialisti

Presso l'A.O. di Terni sono state attivate 10 piastre ambulatoriali: 4 poli-specialistiche, 6 mono-specialistiche in considerazione del rispettivo volume di attività e dell'ampliamento delle Agende di prenotazione.

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

3. Potenziamento dell'appropriatezza prescrittiva

Con lo scopo di favorire la presa in carico dei pazienti e ridurre i potenziali rischi di inappropriatezza, sono stati implementati i percorsi di II livello con agende CUP dedicate.

4. Monitoraggio costante dell'offerta dei primi accessi e dei secondi accessi

Viene effettuato un costante monitoraggio dell'offerta da parte della Direzione sanitaria/di Presidio, tramite anche l'utilizzo del cruscotto Qlik, dell'offerta per i primi accessi e per i secondi accessi, al fine di valutare le disponibilità residue e procedere, se possibile in base a risorse e spazi disponibili, a riallineare l'offerta al recupero dei posti disponibili.

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 2025, l'aggiornamento dello specifico regolamento finalizzato ad un miglioramento in termini di efficienza e trasparenza delle procedure e dell'utilizzo dei fondi.

FARMACI, DISPOSITIVI

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 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.

Nell'anno 2024 è entrata a regime l'attività della Commissione Dispositivi Medici che valuta preliminarmente l'introduzione in azienda di nuovi dispositivi medici.

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	Negoziare budget centri di attività. Assegnazione degli obiettivi del Comparto Sanitario. Assegnazione degli obiettivi ai Centri Sanitari di Supporto. Negoziare budget Centri di Risorsa. 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.

Il progetto PAC è stato riproposto dalla Regione nelle direttive per il bilancio 2025.

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 vigente 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 corruzione⁵ 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)⁶.

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 'braccialetto 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

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;

⁵ Cfr PNA aggiornamento 2015 parte speciale parte II Sanità

⁶ Sono stati comunicati ad AGENAS per l'inserimento nel portale 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.

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 determine 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 indizione 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

ATTIVITÀ 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 era stato adottato il Regolamento aziendale che disciplinava la libera professione intramuraria, sulla base dell'atto di indirizzo regionale di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale 07.04.2014, n.372.

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 ha inteso creare un'articolazione strutturata con 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.

Sempre nel corso dell'anno 2024, l'Azienda Santa Maria ha intrapreso un percorso di digitalizzazione e rinnovamento del sistema di gestione dell'attività libero professionale.

A supporto del processo di autorizzazione, monitoraggio e consuntivazione delle prestazioni erogate in regime di libera professione è stato adottato l'utilizzo dell'applicativo Web *Alfamoenia*. per il supporto informatico per la gestione dell'attività libero professionale. Trattasi di uno strumento informatico già utilizzato in varie aziende sanitarie che supporta il dirigente Medico nella fase di richiesta di autorizzazione all'esercizio della libera professione con particolare riferimento alla costruzione della tariffa e al controllo della produzione libero professionale.

Circa l'utilizzo di tale applicativo i sanitari hanno seguito una specifica attività di formazione.

Vista anche la richiesta del Collegio Sindacale, nelle more della redazione delle linee guida regionali, con Delibera del D.G n. 377 del 13/06/2024, è stato rimodulato e aggiornato il Regolamento aziendale per l'esercizio dell'attività libero-professionale adottato nel 2014, al fine di renderlo strumento utile per

la riduzione delle liste di attesa e maggiormente coerente con la normativa che porta alla determinazione della tariffa.

Con Delibera n. 512 del 26/07/2024 è stato adottato uno specifico Piano operativo sulla libera professione intramuraria 2023-2024 per la specialistica ambulatoriale, descrittivo delle modalità utilizzate per garantire e verificare l'esercizio dell'attività libero professionale ALPI che, nel rispetto dell'art.1 della legge 120/2007 e del CCNL Area Dirigenziale Sanità 23 gennaio 2024, deve essere programmata in modo da non risultare superiore ai volumi di prestazioni eseguite in regime istituzionale.

Con riferimento alla relazione **ex art. 11, c.3 Atto di indirizzo regionale (DGR 402/2014)**, si **precisano di seguito alcuni elementi informativi relativi alle modalità di gestione del processo.**

Per quanto riguarda gli **Spazi destinati all'Attività Libero Professionale**, l'attività LP intramuraria si svolge presso gli ambulatori aziendali situati nella palazzina dei poliambulatori dell'AO e in altri ambulatori presso le Strutture del Presidio in considerazione delle esigenze dei Professionisti di utilizzo di specifiche apparecchiature elettromedicali. L'attività si avvale inoltre dell'utilizzo di studi privati autorizzati.

Per quanto riguarda le **modalità di prenotazione, fatturazione e riscossione delle prestazioni**, la tracciabilità del percorso delle prestazioni, dalla prenotazione alla riscossione, è garantita attraverso la rete CUP aziendale, nell'ambito del sistema informativo integrato regionale e per mezzo dell'applicativo WAIA, per quanto riguarda l'attività libero professionale allargata.

Tale sistema consente l'accesso al servizio di prenotazione e, di regola, di fatturazione e riscossione, dai diversi punti della rete CUP aziendale:

- CUP dedicato all'attività libero professionale
- Studi privati esterni collegati in rete, in via residuale

In particolare per quanto riguarda la Prenotazione, essa viene effettuata esclusivamente presso gli sportelli CUP aziendali dedicati all'attività libero professionale e tramite l'applicativo WAIA. Il servizio è affidato ad operatori destinati all'AO da PuntoZero Scarl; le agende sono autorizzate dalla Direzione Sanitaria e gestite centralmente dal CUP aziendale. Le prenotazioni per le attività intramoenia e in forma "allargata" vengono effettuate ex-ante dagli operatori del CUP e dagli stessi specialisti tramite l'utilizzo dell'applicativo WAIA.

Per la fatturazione, l'utilizzo del sistema di rete del CUP aziendale, a seguito delle prenotazioni, consente l'emissione delle fatture, numerate progressivamente e recanti la ragione sociale dell'Azienda Ospedaliera

La riscossione degli onorari avviene presso il punto CUP aziendale dedicato all'attività libero professionale; lo sportello è dotato di POS, per il pagamento elettronico, con accredito diretto sul conto corrente aziendale. Il punto CUP aziendale può riscuotere il corrispettivo delle prestazioni erogate anche in contanti. Gli studi privati esterni comunque collegati in rete riscuotono il corrispettivo delle prestazioni erogate tramite POS, bonifico bancario, assegno non trasferibile intestato all'Azienda Ospedaliera o pagoPA.

La contabilità ALPI è da sempre separata dalla contabilità ordinaria. La S.C. Economico Finanziaria è deputata alla contabilità separata.

Così come previsto dalla normativa vigente, i volumi relativi alla attività libero professionale e istituzionale dei dirigenti dell'Azienda Ospedaliera vengono sottoposti a verifica ex-post, tenuto conto anche delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche assegnate in particolare rispetto ai volumi di monitoraggio AGENAS: rispetto a sbilanciamenti rilevati la Direzione Sanitaria, analizzate le motivazioni della differenza del rapporto tra attività istituzionale e libero professionale, ha richiamato i Direttori/Responsabili delle Strutture interessate a una più attenta verifica delle attività svolte al fine di garantire la corretta applicazione della normativa vigente, disponendo un aumento di produttività in regime istituzionale.

In Azienda viene inoltre svolta un'attività continua di controllo sui Dipendenti interessati (orari, incassi e volumi di attività) al fine di accertare il rispetto delle disposizioni normative in materia.

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.

AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE

Per quanto riguarda gli strumenti e le tecniche di rilevazione dell'effettivo utilizzo dei dati da parte degli utenti della sezione "Amministrazione trasparente", l'Azienda Ospedaliera 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.

Il decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97 ha riscritto la disciplina dell'accesso civico ampliandone la portata, tanto da renderla potenzialmente illimitata ed equivalente a quella che nei sistemi anglosassoni è definita *Freedom of information act* (FOIA). Nella sua nuova formulazione infatti l'art.5 fermo restando il diritto di richiedere la pubblicazione di dati e/o documenti omessi, consente a chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, di accedere a tutti i dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni nel rispetto di alcuni limiti tassativamente indicati dalla legge, al fine di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo di risorse pubbliche.

Gli articoli 5 e 5 bis del D.lgs. n.33/2016, come modificati dal D.lgs. n.97/2016 (definito Decreto Trasparenza) individuano due tipologie di accesso civico:

- Accesso civico di cui all'art.5, comma 1, del Decreto Trasparenza (D.lgs. n.33/2013) connesso alla mancata pubblicazione di dati, atti e informazioni per cui sussiste l'obbligo in base al Decreto stesso;
- Accesso generalizzato, di cui all'art.5, comma 2, del Decreto Trasparenza, relativo a tutti gli atti e dati in possesso dell'Azienda Ospedaliera.

Entrambe le istanze di accesso civico possono essere formulate da chiunque e non sono soggette ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione del soggetto richiedente, né devono essere motivate ma devono soltanto indentificare i dati, le informazioni o i documenti richiesti, escludendo quindi richieste di accesso generiche. Il rilascio dei dati o documenti sia in formato elettronico che in formato cartaceo è gratuito, salvo il rimborso del costo per la riproduzione su supporti materiali; in questo caso si applicherà il diritto di copia vigente sugli atti cartacei.

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 introdurre 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.

3.4 SEZIONE 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.

I Responsabili di struttura complessa/struttura semplice dipartimentale, chiamati ad eseguire le pubblicazioni obbligatorie, vengono individuati quali Referenti aziendali per la trasparenza. Essi hanno piena ed esclusiva responsabilità dell'esattezza, completezza, tempestività e dell'osservanza della normativa in materia di privacy, relativamente ai dati, informazioni e documenti che provvedono a pubblicare. Il RPCT svolge funzioni di coordinamento delle attività dei Referenti, mediante comunicazioni o riunioni.

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.

Al fine di dare seguito agli obblighi di informazione, comunicazione e pubblicità previsti dal Regolamento (UE) 241/2021 e dalla Circolare MEF RGS n. 9 del 10 febbraio 2022, assicurando la più ampia diffusione e conoscibilità delle procedure di attuazione del PNRR, si è provveduto ad implementare nella

sottosezione "altri contenuti" una sezione denominata "Attuazione Misure PNRR", articolata secondo le misure di competenza dell'AOTR, ad ognuna delle quali è stata riservata una specifica sottosezione

con indicazione della missione e componente di riferimento e nelle quali sono pubblicati gli atti legislativi adottati e gli atti amministrativi emanati per l'attuazione delle Misure di riferimento. Inoltre, dette pagine si è reso esplicito, come da normativa, l'emblema dell'Unione Europea e il riferimento al finanziamento europeo e all'iniziativa Next GenerationEU.

Nel presente documento si tiene conto anche delle disposizioni contenute nella delibera ANAC n.495 del 25/09/2024 e delle sue successive modificazioni ed integrazioni.

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 contro interessati, 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 complementarietà 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 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.

Requisiti di qualità dei dati oggetto di pubblicazione

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).

La validazione costituisce un presupposto necessario per la pubblicazione dei dati ed è propedeutica alla loro diffusione. Essa viene definita come *“un processo che assicura la corrispondenza dei dati finali (pubblicati) con una serie di caratteristiche qualitative”*

Lo scopo principale della validazione dei dati è quello di assicurare un certo livello di qualità ai dati stessi mediante una sistematica attività di verifica che ne precede la diffusione, avuto riguardo alla comprensibilità, conformità e attendibilità dei dati e delle informazioni da pubblicare.

La procedura di validazione è affidata al dirigente dell'Ufficio in quanto soggetto che conosce approfonditamente i dati e le informazioni elaborate; è in ogni caso consentita la possibilità di indicare, in luogo del nominativo, il responsabile in termini di posizione ricoperta nell'organizzazione, purché il nominativo associato alla posizione sia chiaramente individuabile all'interno dell'organigramma dell'Azienda.

La validazione è svolta nel rispetto dei requisiti di qualità come specificati sopra nei punti da A) a L). Qualora i dati da pubblicare risultino in tutto o in parte non conformi e/o non rispettosi dei requisiti di qualità, il responsabile della validazione segnala al RPCT che il dato:

- a) è pubblicabile provvisoriamente, in quanto le difformità rilevate sono lievi e sarà sostituito non appena disponibili dati conformi;
- b) non è pubblicabile, in quanto le difformità sono macroscopiche.

Di tali segnalazioni il RPCT tiene conto nel monitoraggio della sezione “Amministrazione trasparente”. Il controllo, inteso come monitoraggio sulla pubblicazione dei dati, consente di verificare la corretta attuazione degli obblighi di trasparenza al fine di intraprendere le adeguate iniziative e porre in atto i necessari rimedi in caso di inadempimento.

Il controllo è effettuato con le seguenti modalità:

- Il RPCT, quale responsabile del monitoraggio sull'attuazione delle misure di trasparenza anche sulla qualità dei dati, coadiuvato da una struttura di supporto e/o dagli altri organi con funzioni di controllo interno, laddove presenti.
- Il RPCT verifica la veridicità delle informazioni rese in autovalutazione attraverso il controllo degli indicatori previsti per l'attuazione delle misure all'interno del Piano e attraverso la richiesta di documenti, informazioni e/o qualsiasi “prova” dell'effettiva azione svolta.

Il controllo sulla qualità dei dati pubblicati è svolto anche dall'OIV, nello svolgimento dell'attività di attestazione dello stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione, secondo le indicazioni date ogni anno da ANAC; l'OIV non verifica solo la mera presenza/assenza del dato o documento nella sezione «Amministrazione trasparente» del sito istituzionale, ma si esprime anche su profili qualitativi che investono la completezza (ovvero se riporta tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative e se è riferito a tutti gli uffici), l'aggiornamento e il formato aperto ed elaborabile del dato pubblicato. Il RPCT, successivamente alla pubblicazione dell'attestazione OIV (o dell'organismo con funzioni analoghe) e all'invio ad ANAC, assume le iniziative – implementa le misure di trasparenza già adottate e utili a superare le criticità segnalate dagli OIV, ovvero idonee a migliorare la rappresentazione dei dati per renderli più chiari e fruibili.

I meccanismi di garanzia e di correzione sono quelle procedure necessarie per garantire la pubblicazione dei dati, informazioni e documenti e la qualità degli stessi. Suddetti meccanismi sono attivabili anche su richiesta di chiunque ne abbia interesse e, a tal fine, le amministrazioni dovrebbero assicurarne la piena conoscibilità nei propri siti istituzionali.

La funzione di garanzia e correzione è articolata su diversi livelli di competenza di intervento secondo un grado di progressiva inerzia nell'assolvimento di tale funzione secondo il seguente ordine:

- 1) il RPCT che, in virtù dei poteri ad esso attribuiti dal decreto trasparenza, assume le iniziative

utili a superare le criticità rilevate tra cui, nell'ipotesi di mancata pubblicazione o di rappresentazione non conforme ai requisiti di qualità del dato, si rivolge tempestivamente al responsabile della pubblicazione e/o della trasmissione del dato e ne richiede l'adempimento.

2) OIV o organismo con funzioni analoghe

3) L'organo di indirizzo politico, anche a seguito della comunicazione da parte di RPCT e OIV delle criticità rilevate

4) ANAC, che riceve segnalazioni sui casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione.

Lo strumento dell'accesso civico semplice (art. 5, co. 1 d.lgs. 33/2013) costituisce già un meccanismo di garanzia e correzione, attivabile da chiunque, introdotto dal legislatore e applicabile anche nell'adempimento degli obblighi di pubblicazione tramite standard.

Le competenze professionali richieste per la gestione delle informazioni diffuse attraverso i siti istituzionali possono essere accresciute e potenziate mediante la definizione di adeguati percorsi e iniziative formative nei confronti del personale che – a diverso titolo – è coinvolto nei processi di trasparenza. Tali iniziative di formazione hanno come obiettivo quello di fornire ai destinatari strumenti decisionali che consentano loro di accrescere le proprie competenze tecniche e comportamentali. E' auspicabile che il RPCT individui, in raccordo con i dirigenti responsabili delle risorse umane e con l'organo di indirizzo, i fabbisogni e le categorie di destinatari degli interventi formativi in materia e che gli incontri – da tenersi con una certa periodicità – prediligano un approccio meno teorico ma più pratico che tenga conto delle specificità di ogni amministrazione in termini di attività svolte. Ciò consente il coinvolgimento più attivo dei discenti, a prescindere dalle tipologie contrattuali e ne valorizza le esperienze.

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. Decorso 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.).

Obiettivi

Per favorire la creazione di valore pubblico, l'Azienda individua e si prefigge specifici obiettivi strategici, che riguardano anche la trasparenza, quali ad esempio:

- Rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei, nazionali e regionali del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e del piano nazionale complementare;

- Revisione e miglioramento della regolamentazione interna (a partire dal codice di comportamento e dalla gestione dei conflitti di interessi);
- Promozione delle pari opportunità per l'accesso agli incarichi di vertice (trasparenza ed imparzialità dei processi di valutazione);
- Incremento dei livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni da parte degli stakeholder, sia interni che esterni;
- Miglioramento continuo dell'informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente";
- Miglioramento dell'organizzazione dei flussi informativi e della comunicazione al proprio interno e verso l'esterno;
- Digitalizzazione dell'attività di rilevazione e valutazione del rischio e di monitoraggio;
- Individuazione di soluzioni innovative per favorire la partecipazione degli stakeholder alla elaborazione della strategia di prevenzione della corruzione;
- Incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e sulle regole di comportamento per il personale della struttura dell'ente anche ai fini della promozione del valore pubblico;
- Miglioramento continuo della chiarezza e conoscibilità dall'esterno dei dati presenti nella sezione Amministrazione Trasparente;
- Incrementare azioni interne per promuovere la cultura della trasparenza e della legalità dell'azione amministrativa, mediante la programmazione di specifiche iniziative formative in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, dirette al personale dipendente;

Monitoraggio

Il RPCT svolge, come previsto dall'art. 43 del d.lgs. n. 33/2013, l'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, attraverso un monitoraggio su base periodica, con cadenza trimestrale, mediante riscontro tra quanto pubblicato e quanto previsto in corrispondenza di ciascun obbligo di pubblicazione. A tal fine il RPCT provvede ad acquisire con periodicità trimestrale dai Direttori di Struttura i report di monitoraggio di 1° livello sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione gravanti a loro carico. Il RPCT provvede altresì ad effettuare una verifica di secondo livello mediante audit con i destinatari degli obblighi o d'ufficio – eventualmente anche a campione – in caso d'inadempimento in ordine alla completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicare. Procede inoltre a sollecitare il Referente assegnandogli un termine concordato; in caso di ulteriore inadempimento anche parziale, il RPCT procede ad inviare una segnalazione all'organo di indirizzo politico amministrativo, all'OIV e all'ANAC.

Si allega Elenco obblighi di pubblicazione (Allegato 1).

RELAZIONE ANNUALE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA - ANNO 2024

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 (Max 2000 caratteri)
1	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)	
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 2024-2026, sempre e comunque nel pieno rispetto del corretto funzionamento dell'amministrazione, si riferiscono all'ulteriore sforzo anche nell'anno 2024 dei diversi Uffici/Servizi/Reparti nel garantire la cd. "normalizzazione" post pandemia con il necessario impegno di risorse (anche aggiuntive) per il recupero delle prestazioni sospese nel periodo pandemico (che aveva determinato inevitabile allungamento delle liste e dei tempi di attesa) e per garantire il rispetto dei tempi previsti per i progetti da realizzare nell'ambito del PNRR.
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 Direttore f.f. SC Direzione medica dell'A.O. "S.Maria" di Terni, il RPCT ha di fatto visto ridursi i margini di intervento rispetto all'attuazione puntuale del PTPCT 2024-2026. 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).

ID	Domanda	Risposta (selezionare dal menù a tendina un'opzione di risposta oppure inserire il valore richiesto)	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)
2	GESTIONE DEL RISCHIO		
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 (domanda facoltativa)	Sì	Il monitoraggio del PTPCT 2024-2026 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 2024, l'A.O. "S. Maria" di Terni, come gran parte delle organizzazioni sanitarie, ha fatto fronte al forte mandato di "normalizzazione" post emergenza pandemica, con notevole impegno nel recupero dei Pazienti in lista d'attesa (anche attraverso il ricorso ad attività aggiuntiva acquistata dall'Azienda) e la necessità di realizzare, nel puntuale rispetto dei tempi, tutte le attività previste nei progetti di adeguamento strutturale dell'Ospedale e nei progetti di messa in sicurezza antisismica e potenziamento tecnologico previsti nell'ambito del PNRR. Si è verificato di fatto un'accelerazione delle procedure amministrative con "difficoltà" nel monitoraggio puntuale dei singoli processi da parte dei Responsabili e del RTP. Sempre nel corso dell'anno 2024, nell'A.O. "S.Maria" si è registrato un parziale rinnovo della Direzione Strategica (con incarico di Direttore amministrativo assegnato come facente funzione al Dirigente dell'Ufficio Provveditorato-Economato)..

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	Per il Piano 2025 sono stati mappati due ulteriori processi: la prima attività a rischio "Assegnazione docenze per corsi di formazione "sotto-soglia" è stata mappata dall' Area Organizzativa coinvolta: "SSD Formazione, Qualità e Comunicazione" mentre la seconda attività a rischio "Finanziamento interventi con fondi PNRR" è stata mappata dal RPC e coinvolge le diverse Strutture aziendali interessate da PNRR

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	Per l'anno 2025 l'attività a rischio "Finanziamento interventi con fondi PNRR" è stata mappata dal RPC e coinvolge le diverse Strutture aziendali interessate dai progetti del PNRR
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	
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	
3	MISURE SPECIFICHE		
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) Azioni mirate al governo delle liste d'attesa chirurgiche e di specialistica ambulatoriale in attività istituzionale 2) Istituzione Ufficio ALP 3) Entrata a regime l'attività della Commissione Dispositivi Medici che valuta preliminarmente l'introduzione in azienda di nuovi dispositivi medici
4	TRASPARENZA		
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)	No	0
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)	4 (settore Legale, settore Sindacale)
4.E	Indicare se è stato istituito il registro degli accessi	Sì (se disponibili, indicare i settori delle richieste)	Tutti i settori
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	Sì (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)	Sì	
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	
5	FORMAZIONE DEL PERSONALE		
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).	Sì	La formazione in materia di prevenzione della corruzione ha coinvolto il Responsabile Anticorruzione, il Responsabile Trasparenza e il Responsabile SSD Qualità, Formazione e Comunicazione. In particolare, è stato seguito il seguente corso webinar: "Il Ciclo PIAO – L'ABC su come organizzare e gestire il Piano Integrato di Attività e Organizzazione", in data 13/01/2025
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	no	
5.E.1	Etica ed integrità	sì	
5.E.2	I contenuti dei codici di comportamento	sì	
5.E.3	I contenuti del PTPCT/Sezione anticorruzione e trasparenza PIAO/MOG 231	No	
5.E.4	Processo di gestione del rischio	No	

5.C	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare quali soggetti tra i seguenti hanno svolto le docenze:	no	
5.C.1	SNA	No	
5.C.2	Università	No	
5.C.3	Altro soggetto pubblico (specificare quali)	No	
5.C.4	Soggetto privato (specificare quali)	No	
5.C.5	Formazione in house	No	
5.C.6	Altro (specificare quali)	No	
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	
6	ROTAZIONE DEL PERSONALE		
6.A	Indicare il numero di unità di personale dipendente di cui è composta l'amministrazione:		1788
6.A.1	Numero dirigenti o equiparati		412
6.A.2	Numero non dirigenti o equiparati		1376
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 2024-2026, 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 il forte mandato di recupero delle prestazioni (liste d'attesa chirurgiche e di specialistica ambulatoriale) post-emergenza pandemica da Covid-19 e la "limitata" numerosità del Personale dipendente interessato anche nell'anno 2024 ha reso ulteriormente impraticabile la rotazione del personale per la quale è evidentemente necessario mettere in previsione tempi di "affiancamento", "presa visione" non compatibili con la necessità di rispondere tempestivamente alle richieste in emergenza 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>)		Nel corso dell'anno 2024, è stata rivista l'organizzazione dipartimentale dell'A.O. "S.Maria" di Terni con l'accorpamento del Dip. Neuroscienze e del Dip. Testa-collo in un unico Dipartimento "Neuroscienze ed organi sensoriali" e l'accorpamento del Dip. Diagnostica per immagini con il Dip. Diagnostica di laboratorio in un unico "Dipartimento di Diagnostica". Sempre nel corso dell'anno 2024 è stata completata la riorganizzazione del modello SITRO con la individuazione e successiva assegnazione di Incarichi di funzione Organizzativa (IFO).
7	INCONFERIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI D.LGS. 39/2013		
7.A	Indicare se sono state effettuate verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rese dagli interessati sull'insussistenza di cause di inconferibilità	Sì (indicare il numero di verifiche e il numero di eventuali violazioni accertate)	Nomina del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo. Nell'ambito delle norme concorsuali e avvisi, incarichi legali e contratti a partita IVA : non sono state accertate violazioni
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	Sì	
8	INCOMPATIBILITÀ PER PARTICOLARI POSIZIONI DIRIGENZIALI - D.LGS. 39/2013		
8.A	Indicare se sono state adottate misure per verificare la presenza di situazioni di incompatibilità	Sì (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
9	CONFERIMENTO E AUTORIZZAZIONE INCARICHI AI DIPENDENTI		
9.A	Indicare se è stata adottata una procedura prestabilita per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi	Sì	Regolamento aziendale su Incarichi extra-istituzionali
9.C	Indicare se sono pervenute segnalazioni sullo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati	No	
10	TUTELA DI CHI SEGNALE ILLECITI (WHISTLEBLOWING)		

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)	Si	Nel PTCP 2025-2027 sono state indicate le modalità per l'effettuazione della segnalazione. È attivo il sistema informatizzato dedicato per eventuali segnalazioni con garanzia di anonimato: nell'anno 2024 è stato attivato 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	
11	CODICE DI COMPORTAMENTO		
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)	Si	Deliberazione del Direttore Generale n.541 del 07/08/2024
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) (<u>domanda facoltativa</u>)	Si	
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	No	
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	Si	
12	PROCEDIMENTI DISCIPLINARI E PENALI		
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.	0	
12.D.2	Concussione - art. 317 c.p.	0	
12.D.3	Corruzione per l'esercizio della funzione - art. 318 c.p.	0	
12.D.4	Corruzione per un atto contrario ai doveri di ufficio –art. 319 c.p.	0	
12.D.5	Corruzione in atti giudiziari –art. 319ter c.p.	0	
12.D.6	Induzione indebita a dare o promettere utilità – art. 319quater c.p.	0	
12.D.7	Corruzione di persona incaricata di pubblico servizio –art. 320 c.p.	0	
12.D.8	Istigazione alla corruzione –art. 322 c.p.	0	
12.D.9	Traffico di influenze illecite -art. 346-bis c.p.	0	
12.D.10	Turbata libertà degli incanti -art. 353 c.p.	0	
12.D.11	Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente -art. 353 bis c.p.	0	
12.D.12	Altro (specificare quali)	0	
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	0	
12.E.00	Gestione fondi PNRR e fondi strutturali	0	
12.E.1	Contratti pubblici	0	
12.E.2	Incarichi e nomine	0	
12.E.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	0	

12.E.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	0	
12.E.5	Acquisizione e gestione del personale	0	
12.F	Indicare se nel corso del 2024 sono stati avviati a carico dei dipendenti procedimenti disciplinari per violazioni del codice di comportamento, anche se non configurano fattispecie penali	si	Sono stati avviati n.6 procedimenti
13	ALTRE MISURE		
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	
14	ROTAZIONE STRAORDINARIA		
14.A	Indicare se si è reso necessario adottare provvedimenti di rotazione straordinaria del personale di cui all'art. 16, co. 1, lett. l-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	
15	PANTOUFLAGE		
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.

Allegato Mappatura dei processi

Area Organizzativa coinvolta: Strutture aziendali interessate dal PNRR					
	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore
1.	Finanziamento interventi con fondi PNRR	Mancata diffusione informazioni coerenti efficaci proporzionate	Rispetto procedura operativa	MEDIO	Presenza documenti in AT

Area Organizzativa coinvolta: SSD Formazione, Qualità e Comunicazione					
	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore
1.	Assegnazione docenze per corsi di formazione "sotto-soglia"	Indirizzare la scelta nei confronti di docenti	• Criterio di rotazione nelle assegnazioni • Tracciabilità • Indagine di mercato e Manifestazione di interesse per attribuzione dei contratti di docenza	MEDIO	Variazione forniti

Area Organizzativa: S.C. Tecnico patrimoniale					
	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Monitoraggio
1.	Nomina Commissione Giudicatrice (scelta componenti, predisposizione provvedimento di nomina Commissione)	- Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso /partecipazione alla Commissione Giudicatrice (e/o individuazione) al fine di agevolare particolari soggetti - Mancato rispetto dei criteri di individuazione e di verifica delle offerte anormalmente basse, anche sotto il profilo procedurale	• È prevista la partecipazione di più Uffici e figure nonché di passaggi procedurali che garantiscono imparzialità e trasparenza. • Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi – Inconferibilità - . Dichiarazione ex art. 51 c.p.c. • Pubblicazione dei componenti delle commissioni sul sito web Aziendale- • Obblighi di rotazione nelle nomine • Tracciatura del procedimento di valutazione delle offerte anormalmente basse e di verifica della congruità dell'anomalia, specificando espressamente le motivazioni nel caso in cui, all'esito del procedimento di verifica, la stazione appaltante non abbia proceduto all'esclusione.	ALTO	Audit alla comp della comm
2.	Affidamento incarichi professionali	- Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un professionista; - Eventuale abuso nel ricorso all'affidamento diretto ed alle procedure negoziate senza bando al fine di favorire un professionista; - Alterare le verifiche per favorire alcuni operatori economici	• Attuazione di procedura di scelta del contraente caratterizzata dall'adozione preventiva di regole atte a garantire un maggiore grado di tutela della concorrenza; • Creazione di parametri definiti e specifici per la valutazione delle offerte economicamente più vantaggiose; • Rotazione dei professionisti iscritti all'Albo della Regione Umbria secondo criteri di competenza; • Pubblicazione sul sito istituzionale dell'Ente degli avvisi di selezione per l'affidamento dell'incarico e dell'elenco degli incarichi conferiti; • rispetto degli obblighi di pubblicità di cui al D.Lgs. 33/2013 • pubblicazione degli esiti dei provvedimenti • pubblicazione degli atti stessi sul sito della Azienda	ALTO	Previsi contro periodo camp provv del se

Area Organizzativa coinvolta: SSD Formazione, Qualità e Comunicazione					
	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore
3.	Gestione procedure di gara (Predisposizione documentazione di gara, indicazione procedura, svolgimento gara, predisposizione provvedimento di affidamento, stipulazione contratto)	- Previsione di elementi ad elevata discrezionalità nella definizione dei criteri e nell'attribuzione dei punteggi - Discrezionalità interpretativa delle regole di affidamento con improprio utilizzo dei modelli procedurali al fine di agevolare particolari soggetti - Uso distorto dell'offerta economicamente più vantaggiosa finalizzato a fini impropri; - Omissione delle verifiche in capo all'aggiudicatario o alterazioni delle stesse per favorire altri operatori economici; - Ritardi o inesattezze nelle formalizzazioni che possono indurre l'aggiudicatario a sciogliersi dai vincoli contrattuali	• Garantire la massima imparzialità e trasparenza attraverso: 1. Presenza di più incaricati nell'espletamento dell'istruttoria, fermo restando la responsabilità del procedimento in capo ad un unico dipendente 2. Formalizzazione delle principali fasi procedurali (es. pubblicazioni sul sito web aziendale e certificazioni di regolare esecuzione) • Definizione analitica dei requisiti occorrenti ; • Verifica di conformità ai bandi tipo ANAC e obbligo di motivazione in caso di scostamenti; • Pubblicazione degli avvisi e dei bandi sul sito della Azienda • Tempestività della pubblicazione degli esiti dei provvedimenti • Dichiarazione di assenza di conflitto d'interesse • Obbligo di motivazione nella delibera a contrarre circa la scelta della procedura e circa il sistema di affidamento; • Rispetto delle normative sulla tracciabilità dei pagamenti; • previsione di clausole risolutive del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nei patti d'integrità	ALTO	- Audit cam procedurali
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	• Trasmissione alla competente Prefettura della documentazione per il rilascio delle informazioni antimafia	ALTO	- Previsione formale controllo ordini all'azienda dell' - Valore del successo fini verifiche corrette appalti della norme
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	• Assoggettamento delle varianti a controllo successivo; • Verifica del corretto assolvimento dell'obbligo di trasmissione all'ANAC delle varianti; • Pubblicazione sul sito web Aziendale degli atti.	ALTO	Audit all'appalti dell'is

Area Organizzativa coinvolta: SSD Formazione, Qualità e Comunicazione					
	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore
6.	Procedura negoziata	Abuso della procedura negoziata al solo scopo di favorire una o più imprese	• Valorizzazione del controllo successivo ai fini della verifica della corretta applicazione della normativa. • Predeterminazione nella determina a contrarre dei criteri che saranno utilizzati per l'individuazione delle imprese da invitare. • Pubblicazione sul sito aziendale delle sedute di gara e pubblicazione della determina a contrarre • Pubblicazione degli esiti delle procedure	ALTO	Audit camp proce aperte
7.	Risoluzione delle controversie	Scelta di sistemi alternativi a quelli giudiziali al solo scopo di favorire l'appaltatore	• Assoggettamento a controllo successivo ai fini della verifica della corretta applicazione della normativa. • Pubblicazione sul sito web Aziendale degli atti corrispondenti	MEDIO	Audit alla ri contra
8.	Contabilizzazione lavori In corso d'opera stato finale a collaudo	Abusi/irregolarità nella vigilanza/contabilizzazione lavori per favorire l'impresa esecutrice	• Assoggettamento delle varianti a controllo successivo ai fini della verifica della corretta applicazione della normativa. • Pubblicazione sul sito web Aziendale atti dei corrispondenti	ALTO	Audit camp ordine contra conta stato collau

Area Organizzativa coinvolta: SSD Formazione, Qualità e Comunicazione					
	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore
9.	Liquidazioni (fatture, imposte e tasse, oneri condominiali)	Liquidazione non dovute	- Più attori nel processo - Il controllo delle fatture viene svolto da una funzione diversa da quella che svolge l'ordine - Liquidazione attraverso determina dirigenziale informatizzata (istruttore+RUP+dirigente)	MEDIO	Corrispondenza

Area Organizzativa: S.C. Servizio Farmaceutico

	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
Definizione di fabbisogni non rispondenti a criteri di efficienza/efficacia/economicità	Definizione di fabbisogni non rispondenti a criteri di efficienza/efficacia/economicità	- Monitoraggio scadenze contrattuali - Individuazione delle priorità sulla base di criteri economici e delle scadenze contrattuali	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
Ordini di quantitativi superiori alle effettive necessità	Ordini di quantitativi superiori alle effettive necessità	- D.Lgs 50/2016 e D.Lgs.56/2017 - D.P.R. N. 207/2012 - Delibera di aggiudicazione - Contratto stipulato con i fornitori - Responsabile Esecuzione del contratto	BASSO	Valore dell'ordinato superiore all'importo contrattuale e giacenze alte rispetto al consumato	L'indicatore deve essere monitorato periodicamente nell'ambito della validità contrattuale.

o	- Mancata rilevazione della non corrispondenza della merce pervenuta con quanto indicato nel documento di trasporto - Evasione richieste non congrue rispetto alle medie di consumo dei vari CDC.	• Al processo partecipano più operatori • Le non conformità delle forniture sono registrate anche nella procedura SAP	MEDIO	• Numero non conformità rilevate nel controllo merci • Numero evasione richieste non congrue	Monitoraggio annuale degli indicatori
---	--	--	-------	---	---------------------------------------

Area Organizzativa: S.S. Acquisizione beni e servizi							
	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado di rischio	Indicatori	Monitoraggio e valutazione	Tempistica
1	Programmazione Definizione dei fabbisogni di beni consumabili e servizi	- Fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza ed economicità - Nelle consultazioni preliminari di mercato, la mancanza di trasparenza nelle modalità di dialogo con gli operatori consultati - Acquisizione di prodotti impropriamente classificati come infungibili	- Il fabbisogno deve essere espressamente esplicitato in termini di natura, quantità e tempistica - Adozione di delibera per programmazione triennale degli acquisti; - 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) - Individuazione criteri di priorità - Elaborazione e monitoraggio dello scadenziario dei contratti - Pubblicazione MENSILE degli affidamenti - Pubblicazione, sui sito istituzionale, di report MENSILI in cui siano rendicontati TUTTI I CONTRATTI STIPULATI NEL MESE DI RIFERIMENTO (RIFERITI AI CONTRATTI PONTE E NUOVE PROCEDURE); GIOVA EVIDENZIARE CHE NEL REPORT SONO RIPORTATI:PROCEDURE DI SCELTA DEL CONTRAENTE(NORMATIVA DI RIFERIMENTO),DITTE INVITATE,DITTE OFFERENTI, QUOTAZIONE ECONOMICHE E ALTRE INFORMAZIONI RITENUTE NECESSARIE AL FINE DELLA MASSIMA TRASPARENZA - 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"	ALTO	- Numero degli affidamenti non programmati, rispetto al totale degli affidamenti effettuati in un determinato arco di tempo - Numero affidamenti per prodotti infungibili effettuati in conformità alle Linee Guida ANAC e con Dichiarazione di infungibilità del professionista competente	- Gli affidamenti non programmati non devono essere più del 50% del totale degli affidamenti effettuati - Il 100% degli affidamenti per prodotti infungibili effettuati in conformità alle Linee Guida ANAC e con Dichiarazione di infungibilità del professionista competente	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti

			- APPLICAZIONE DELLE DISPOSIZIONI DI CUI AL REGOLAMENTO AZIENDALE RIFERITO ALL'ACQUISIZIONE DEI BENI INFUNGIBILI (DELIBERA N. 168/2022)				
2	Progettazione della gara Predisposizione Capitolati d'appalto o da porre a base di gara	- Previsione di requisiti restrittivi di partecipazione alla gara - Previsione di elementi ad alta discrezionalità nella definizione delle caratteristiche tecnico-economiche tali da favorire un operatore economico o da eludere l'applicazione di alcune disposizioni normative - Acquisto autonomo di beni presenti in convenzioni, accordi quadro e mercato elettronico - Elusione delle regole di affidamento degli appalti, mediante l'improprio utilizzo di sistemi di affidamento, di tipologie contrattuali o di procedure negoziate e affidamenti diretti per favorire un operatore; - Individuazione discrezionale degli operatori economici da consultare e mancata rotazione nelle procedure negoziate e affidamenti diretti - Abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere; - Acquisto autonomo di beni/servizi presenti in convenzioni-accordi quadro-SDAPA-MEPA	- Acquisizione di dichiarazioni, da parte dei soggetti coinvolti nella progettazione, con le quali si attesta l'assenza di incompatibilità e di conflitto di interessi in relazione alla gara. - Obbligo di motivazione nella determina a contrarre in ordine sia alla scelta della procedura in relazione all'offerta della Centrale di committenza e di Consip, sia alla scelta del sistema di affidamento adottato ovvero della tipologia contrattuale - Predeterminazione nella determina a contrarre dei criteri che saranno utilizzati per l'individuazione delle imprese da invitare per procedure negoziate e affidamenti diretti - Pubblicazione di appositi avvisi per manifestazioni di interesse, sorteggi su MEPA e utilizzo di elenchi aperti di operatori economici - Determinazione dell'importo del contratto a base d'asta: il valore stimato del contratto è basato sui dati di consumo; peraltro i DEC certificano tali valori e devono adeguatamente relazionare nel caso di variazioni nella nuova gara dell'importo necessario a garantire la corretta esecuzione del contratto - Acquisizione di dichiarazioni, da parte dei soggetti coinvolti nella progettazione, con le quali si attesta che i beni/servizi non sono presenti sulla piattaforma CONSIP. - Adozione di direttive interne che limitino il ricorso all'OEPV, in caso di affidamento di beni/servizi standardizzati - Utilizzo dei bandi e capitolati per verificarne la conformità ai bandi tipo redatti dall'ANAC (misura da adottare nei primi sei mesi dell'anno 2020) - Utilizzo di clausole standard conformi alle prescrizioni normative con riguardo a garanzie a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici - Pubblicazione nominativi dei componenti delle commissioni e dei curricula sul sito aziendale - Comunicazione del nominativo dei soggetti cui ricorrere in caso di ingiustificato ritardo o diniego dell'accesso ai documenti di gara - Acquisizione offerte tramite protocollo generale dell'ente per le gare che non si svolgono su piattaforma informatica	ALTO	- Numero di delibere a contrarre con indicazione dell'avvenuta verifica dell'esistenza di convenzioni stipulate dalla Centrale di committenza o da Consip rispetto al numero totale di delibere a contrarre - Numero degli affidamenti che hanno utilizzato come criterio di scelta quello dell'offerta economicamente più vantaggiosa rispetto a tutti gli affidamenti effettuati	- Il 100% delle delibere a contrarre deve indicare l'avvenuta verifica dell'esistenza di convenzioni stipulate dalla Centrale di committenza o da Consip - Il 100% degli acquisti di prodotti standardizzati deve essere effettuato con il criterio del prezzo più basso	Relazioni entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti

		- Il ricorso al criterio dell'OEPV per l'affidamento di beni e servizi standardizzati - Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti - Alterazione o sottrazione della documentazione di gara sia in fase di gara che in fase successiva di controllo.	- Conservazione illimitata della documentazione di gara negli archivi aziendali - Menzione nei verbali di gara delle specifiche cautele adottate a tutela dell'integrità e della conservazione delle buste contenenti l'offerta				
3	RUP	- Conflitto d'interesse in relazione all'affidamento - Nomina di responsabili del procedimento privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza;	- Misure di trasparenza volte a garantire la nomina di RP a soggetti in possesso dei requisiti di professionalità necessari - Acquisizione dichiarazione assenza conflitto d'interesse - Previsione di procedure interne che individuino criteri di rotazione straordinaria da applicarsi successivamente al verificarsi di fenomeni corruttivi, prevista nel d.lgs. n. 165 del 30 marzo 2001, art. 16, co. 1, lett. l-quater	ALTO	- Numero dichiarazioni acquisite	- 100% dichiarazioni rispetto agli affidamenti	Relazione entro il 30 novembre e per i 12 mesi precedenti
4	Adesione agli strumenti delle Centrali di Commitenza o dei soggetti aggregatori	- Mancato rispetto dei tempi di invio fabbisogni - Mancata/parziale adesione rispetto al fabbisogno espresso	- Acquisizione dei dati presso i servizi competenti e controllo dei tempi d'invio	MEDIO	Numero invii fabbisogni entro i termini Numero recepimenti rispetto i fabbisogni espressi	Gli invii tardivi non devono superare il 50% degli invii 100% di adesioni rispetto ai fabbisogni espressi	Relazione entro il 30 novembre e per i 12 mesi precedenti

5	Selezione del contraente	- Manipolazioni per ridurre il numero dei concorrenti o per applicare in modo distorto i criteri di aggiudicazione	- Rilascio da parte dei commissari delle dichiarazioni di assenze di conflitto di interessi, di inconferibilità e dichiarazione ex art.51 c.p.c.	ALTO	- Numero procedure con un solo offerente rapportato al numero totale di procedure attivate - Numero delle dichiarazioni acquisite rispetto al numero dei commissari nominati	- Il numero delle procedure con un solo offerente non deve superare il 50% del totale delle procedure attivate - Acquisizione del 100% delle dichiarazioni dei commissari -	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti
6	Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	- Tempo intercorrente tra aggiudicazione efficace e stipula - Alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche in capo all'aggiudicatari - Prescrizioni del bando e delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti; - Mancata pubblicazione dei provvedimenti di affidamento per evitare la proposizione di ricorsi - Mancata pubblicazione dei provvedimenti di esclusione per evitare la proposizione di ricorsi - Ricorrenza delle aggiudicazioni ai medesimi Operatori economici	- Rilevazione tempi di stipula - Utilizzo AVCPASS - Tracciabilità dei flussi finanziari - Previsione in tutti i bandi, gli avvisi, le lettere di invito o nei contratti adottati di una clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità - Adozione degli affidamenti con Delibera del Direttore Generale o con Determina Dirigenziale, pubblicate nell'Albo Pretorio dell'Ente - Pubblicazione dei provvedimenti di esclusione sul portale aziendale, sezione "Amministrazione trasparente" e comunicazione degli stessi agli interessati nei termini di legge - Pubblicazione di appositi avvisi per manifestazioni di interesse	MEDIO	- Numero contratti verificati - Numero degli aggiudicatari verificati rispetto alle aggiudicazioni effettuate - Numero degli affidamenti pubblicati nell'Albo Pretorio dell'Ente rispetto agli affidamenti effettuati - Numero provvedimenti di esclusione pubblicati sul portale aziendale e comunicati agli stessi agli interessati rispetto al totale	- Il numero dei contratti stipulati dopo 60 gg dall'efficacia dell'aggiudicazione, non deve superare il 50% dei contratti stipulati - 100% degli aggiudicatari con controlli diversificati con riferimento al valore dell'affidamento - 100% degli affidamenti pubblicati nell'Albo Pretorio - 100% dei provvedimenti di esclusione pubblicati sul portale aziendale e comunicati agli stessi agli interessati	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti
7	Esecuzione del contratto	- Mancato controllo sullo stato di avanzamento dell'esecuzione	- Individuazione del Direttore Esecuzione del Contratto - Trasmissione all'ANAC delle varianti	ALTO	- Numero dei	- 100% dei subappalti indicati in sede di offerta	Relazione entro il 30 novembre

		- Mancato rispetto dei tempi di esecuzione e delle clausole contrattuali	- Ammissione esclusivamente dei subappalti indicati in sede di offerta e nel limite della quota del 40% dell'importo del contratto - Redazione, per i maggiori servizi appaltati, di apposite check-list a cura del Direttore di Esecuzione del Contratto e dei relativi assistenti per verificare la conformità al contratto delle prestazioni rese e il rispetto delle tempistiche (misura da adottare nei primi sei mesi dell'anno 2020) - Applicazione di penali a carico dell'appaltatore - Pubblicazione degli accordi bonari e transazioni nel periodo di riferimento		- subappalti indicati in sede di offerta rispetto al totale di subappalti - Numero dei subappalti controllati rispetto al totale di subappalti - Numero di accordi bonari e transazioni pubblicati rispetto al totale di accordi bonari e transazioni	- 100% dei subappalti controllati - 100% di accordi bonari e transazioni pubblicati	re per i 12 mesi precedenti
8	Rendicontazione del contratto	- Mancata acquisizione dei certificati di regolare esecuzione, di acquisizione dei beni o dei collaudi - Mancata acquisizione del CIG	- Nomina del Direttore Esecuzione del Contratto e individuazione del Responsabile dei recepimento del bene - Pubblicazione del report periodico delle procedure di gara espletate sul sito aziendale - Effettuazione dei pagamenti solo a seguito di attestazione di regolare esecuzione del contratto rilasciata dal Direttore di Esecuzione del Contratto	MEDIO	- Numero dei collaudi effettuati rispetto al numero degli acquisiti di apparecchiature - Numero di pagamenti effettuati a seguito di attestazione di regolare esecuzione del contratto rispetto al numero totale di pagamenti	- 100% dei collaudi delle apparecchiature - 100% dei pagamenti effettuati a seguito di attestazione di regolare esecuzione del contratto	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti

9	Liquidazione	- Liquidazione somme non dovute - Collusione con l'appaltatore per agevolarlo nella fase di liquidazione	- Regolamento aziendale (misura da adottare nei primi sei mesi dell'anno 2020) - Più attori coinvolti nel processo - Liquidazione attraverso determina dirigenziale informatizzata (istruttore+ RUP+ dirigente) - Pubblicazione dei dati sul portale web aziendale	BASSO	- Numero di liquidazioni effettuate con Determina Dirigenziale informatizzata rispetto al numero totale di liquidazioni	- 100% liquidazioni effettuate con Determina Dirigenziale informatizzata	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti
10	Gestione cassa economica	- Sottrazione indebita somme	- Regolamento aziendale	BASSO	Numero rilievi del Collegio Sindacale	0 rilievi del Collegio Sindacale	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti
11	Gestione magazzini economici	- Sottrazione indebita beni	- Adozione modulistica carico/scarico - Richieste dei reparti e ricevute con timbro e firma leggibile	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 rischio	Indicatori
1.	Ciclo passivo: pagamenti	Mancato rispetto della cronologia per effettuazione di pagamenti	• 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.	BASSO	Pagamenti effettuati dopo il 10° giorno da ricevimento o determina

Area Organizzativa: Servizio Economico Finanziario

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore
2.	Ciclo attivo: riscossioni	Riscossione di somme diverse da quelle dovute	• Presenza del manuale aziendale del ciclo attivo • Presenza del regolamento delle casse • Alta informatizzazione delle procedure di fatturazione ed incasso	BASSO	Concordanza fattura emessa con documentazione fornita.
3.	Registrazione incassi Centri Unificati Prenotazione (CUP)	Versamento inferiore all'incasso	• Verifica mensile della corrispondenza tra gli incassi presso il tesoriere e gli incassi risultanti dalla procedura gestionale di contabilità	BASSO	Corrispondenza tra la documentazione attestante il versamento degli incassi registrati nella procedura e quella realmente versata in tesoreria
4.	Reintegro Cassa economale	Non corretta verifica	• Applicazione regolamento aziendale • Verifiche effettuate entro 7 giorni dal ricevimento della documentazione	BASSO	Verifiche rispetto ai tempi di reintegro
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.	• 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.	BASSO	Verifica a campione della corrispondenza tra il beneficiario e il pagamento

Area Organizzativa: S.C. Direzione Risorse Umane

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore
	Assunzione a tempo indeterminato Direttore di Struttura Complessa	– Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della procedura – 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	– Qualificazione del personale addetto – 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. – Nella fase di comunicazione e pubblicazione dei risultati occorre garantire la massima trasparenza nella pubblicazione degli atti che deve essere tempestiva e condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione	ALTO	Relazione
2.	Procedura concorsuale assunzione a tempo indeterminato personale Dirigenziale	– Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della procedura – 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	Qualificazione del personale addetto	ALTO	Relazione
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
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
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
6.	Procedure selettive riferite al reclutamento di personale a tempo determinato	– Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della procedura – mancata messa a bando della posizione dirigenziale per ricoprirla tramite incarichi <i>ad interim</i> o utilizzando lo strumento del facente funzione	– Qualificazione del personale addetto – vincolare il tempo di assegnazione di incarichi temporanei vigilando sui tempi di avvio delle procedure concorsuali	MEDIO	Relazione

Area Organizzativa: S.C. Direzione Risorse Umane					
	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore
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
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
9.	Procedure finalizzate al riconoscimento di benefici contrattuali e di legge	Inosservanza delle norme contrattuali, regolamentari e di legge	controlli incrociati	MEDIO	Relazione sulla v campione dell'e doppio controllo
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 v campione dell'e doppio controllo
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/ pareri
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 dopp controllo incroci
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'effe doppio controllo
14.	Procedure finalizzate al riconoscimento dei diritti previdenziali	Inosservanza delle norme contrattuali, regolamentari e di legge	Qualificazione del personale addetto	BASSO	Relazione
	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 co dipendenti dell'informativa 100% dell'in dell'articolo con descrizione d comma 42 lett. 190/2012
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	BASSO	100% della co dipendenti del f di avvenuta dic di averne pres conoscenza

Area Organizzativa: S.C. Direzione Risorse Umane					
	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore
			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.		

Area Organizzativa coinvolta: Presidio Ospedaliero SC Direzione medica					
	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore
2.	Attività conseguenti al decesso	Indirizzare la scelta nei confronti di una determinata impresa funebre in cambio di una quota sugli utili.	- Collocazione della salma presso l'obitorio da parte del personale in servizio al momento del decesso - Disposizione di servizio a tutto il personale coinvolto sul divieto di fornire indicazioni di alcun tipo sulle imprese funebri o contattare direttamente le imprese per conto dei familiari	ALTO	Applicazione integrale delle misure
3.	Attività conseguenti al decesso	richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario)	Disposizione di servizio a tutto il personale coinvolto sul divieto di fornire prestazioni e compiti non propri	ALTO	Applicazione integrale delle misure

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 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 “*smartizabili*”, 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 funzionale 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@aosppterni.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, 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.

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 interromperne 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 2025 - 2027

PREMESSA

Il D.Lgs. n.75 del 25 maggio 2017, novellando in più punti il D.Lgs. n. 165 del 30 marzo 2001, ha apportato sostanziali modifiche alla materia dei fabbisogni del personale, con l'obiettivo di innovare la logica e la metodologia per la relativa determinazione.

Le novità di maggiore rilievo si fondano su una sostanziale inversione del tradizionale rapporto tra piani delle assunzioni e dotazione organica, quest'ultima non rappresenta più l'atto ricognitivo originario delle necessità di personale rispetto a linee di attività individuate ex ante e scisse dalle concrete fasi attuative della programmazione delle attività, ma piuttosto è divenuta il portato e l'esito della definizione del piano dei fabbisogni.

Ne consegue una traslazione da uno strumento programmatico statico, come la dotazione organica, ad uno strumento di natura gestionale e dinamica, che definisce le necessità in base a due essenziali parametri: il budget di spesa disponibile e le concrete esigenze da soddisfare. Sono quindi rimossi gli "aprioristici" limiti posti dalla dotazione organica.

Tale nuova impostazione determina un processo di maggiore responsabilizzazione delle amministrazioni, chiamate ad operare una redistribuzione del personale e scelte allocative delle nuove immissioni di personale, sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo, tenendo conto delle effettive esigenze e non più di precostituite determinazioni di fabbisogni, con l'obiettivo di orientare le risorse verso quegli ambiti di azione ritenuti maggiormente rispondenti alle esigenze espresse dai fruitori nonché di sviluppo dei servizi offerti e di miglioramento della qualità.

Pur nella consapevolezza che la nuova impostazione ben si attaglia ad un nuovo sistema che tende a dare migliore coerenza al rapporto tra le risorse assegnate, la programmazione aziendale (piani della performance) e la verifica dei risultati, occorre comunque sottolineare che le forti limitazioni poste alla possibilità di spesa incidono in maniera fondamentale, se non esclusiva, sulla capacità delle nuove regole di impattare in maniera determinante sul miglioramento dei servizi.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Si riporta di seguito, per completezza espositiva ed opportuno inquadramento normativo, la disciplina legislativa e regolamentare, nazionale e regionale, applicabile in materia.

Gli articoli 6 e seguenti del D.Lgs. 165/2001, come integrato e novellato dal D.Lgs. 75/2017, disciplinano l'adozione da parte delle pubbliche amministrazioni dei Piani triennali dei fabbisogni di personale, in coerenza con la pianificazione delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'art. 6 -ter del medesimo decreto.

L'art. 60 del D. Lgs.165/2001 dispone la trasmissione dei contenuti del PTFP, entro 30 giorni dall'adozione definitiva, al sistema (SICO).

L' art. 16 del D.Lgs. 33/2013 disciplina gli obblighi di trasparenza.

Il Decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione dell' 8 maggio 2018, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 27 luglio 2018, avente ad oggetto "*Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche*", nella

specifica sezione dedicata alle aziende ed enti del SSN, stabilisce alcuni indirizzi e criteri generali per la predisposizione del PTFP da parte delle predette amministrazioni, e prevede che essi siano approvati dalle rispettive regioni di appartenenza, secondo quanto eventualmente previsto dalla disciplina regionale in materia, e successivamente adottati in via definitiva.

L' art. 6, comma 1 del D.L. n. 80/2021, convertito con modificazioni dalla Legge 6/08/2021 n. 113, prevede che per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, entro il 31 gennaio di ogni anno, le Pubbliche Amministrazioni adottino il Piano integrato di attività ed organizzazione (PIAO). Il Piano triennale dei fabbisogni di personale, per effetto dell'articolo sopra menzionato, è confluito nel Piano integrato di attività ed organizzazione, quale strumento unico di coordinamento che mette in correlazione la programmazione dei fabbisogni di risorse umane alla programmazione strategica dell'ente e alle strategie di valorizzazione del capitale umano.

In data 30 giugno 2022 è stato pubblicato il D.P.R. 24/06/2022 n. 81 "*Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal piano integrato di attività ed organizzazione*" che, abrogando gli adempimenti riferiti ai Piani che vengono assorbiti dal PIAO, tra cui il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale, ha disposto che per le amministrazioni tenute alla redazione del PIAO tutti i richiami normativi sopra vigenti siano da intendersi come riferiti alla corrispondente sezione del PIAO.

La DGR n. 939 del 03.09.2018, avente per oggetto "*Piani triennali dei fabbisogni di personale delle Aziende Sanitarie Regionali ex art. 6 del D.Lgs. n. 165 del 30 marzo 2001: indicazioni operative per l'applicazione delle "Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche"*" con la quale la Regione Umbria ha fornito alle Aziende Sanitarie regionali le indicazioni operative per l'applicazione del D.M. sopracitato, definendo il procedimento per l'adozione e l'approvazione dei PTFP.

La DGR n. 777 del 02.09.2020 avente ad oggetto "*Piani triennali dei fabbisogni di personale delle aziende sanitarie regionali ex art. 6 D.Lgs. n. 165/2001, di cui alla DGR n. 939/2018: ulteriori determinazioni*" con la quale la Regione Umbria ha approvato la tabella da utilizzare per la predisposizione dei piani triennali dei fabbisogni di personale, in sostituzione di quella già in uso.

La DGR n. 581 del 21 giugno 2021 avente ad oggetto "*Art.11, comma 1, D.L. 30 aprile 2019 n.35 convertito in L. 25 giugno 2019 n. 60. Rideterminazione tetto di spesa del personale delle Aziende Sanitarie regionali. Determinazioni*" con la quale è stato rideterminato il tetto di spesa di personale delle Aziende del SSR a decorrere dall'anno 2021, pari, per questa Azienda ad **€ 76.203.499,00** di cui € 2.818.086,67 vincolo di spesa per i contratti a tempo determinato.

La nota **pec prot. n. 0002513 del 14/01/2024** della Direzione Regionale Salute e Welfare, Servizio Amministrativo e Risorse Umane del SSR avente ad oggetto *“PTFP 2024-2026. Adozione provvisoria. Determinazioni”* con cui si forniscono **indicazioni operative in merito alla predisposizione del PTFP 2025-2027**.

Detta nota prevede che l’iter di approvazione dei Piani deve tenere conto a decorrere dall’anno 2025 della revisione delle procedure di autorizzazione dei Piani di reclutamento delle Aziende Servizio Sanitario Nazionale, di cui al DL 73/2024. Tale novellata procedura prenderà avvio solo all’esito dell’approvazione tramite decreto del Ministero della Salute.

La nota in questione dà indicazioni alle Aziende del SSR di presentare i PTFP per il triennio 2025/2027, per la conseguente approvazione dalla parte della Giunta Regionale, precisando che la rappresentazione economico-quantitativa delle unità di personale indicate nel Piano, ovvero personale in servizio al 31/12/2024 unito ai previsti reclutamenti aggiuntivi, dovrà necessariamente rispettare anche per l’anno 2025 il tetto di spesa individuato nella DGR Umbria n. 5981/2021, salvo eventuali diverse determinazioni regionali.

Al fine di garantire una rappresentazione omogenea dei dati quali-quantitativi del personale da parte di tutte le Aziende regionali, in continuità con le modalità operative introdotte per la compilazione dei Piani 2024/2026, sono state predisposte ed inviate specifiche tabelle allegate alla nota in questione.

La nota **pec prot. n. 00073556 del 31/12/2024** della Direzione Regionale Salute e Welfare, Servizio Programmazione Economico Finanziaria, Controllo Gestione e Reporting delle Aziende Sanitarie regionali, GSA, avente ad oggetto *“Indirizzi vincolanti alle Aziende Sanitarie Regionali per la predisposizione del Bilancio di previsione per l’esercizio 2025 – Prime indicazioni”*.

IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

DESCRIZIONE DELL’AZIENDA

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 Convezione 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 temperando 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 di attività di alta specializzazione, favorendo l’innovazione in ambito clinico ed organizzativo, anche tramite l’introduzione di tecnologie all’avanguardia per diagnosi e cura.

L'AZIENDA IN CIFRE: LE ATTIVITÀ

L'Azienda 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'Azienda sostiene la formazione, la ricerca, la traduzione nella pratica clinica di linee guida e buone pratiche in un'ottica di garanzia della qualità e della 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. A tal riguardo l'Azienda promuove lo svolgimento di sperimentazioni cliniche anche di interesse nazionale e internazionale e persegue lo sviluppo tecnologico di avanguardia, anche attraverso la stipula di convenzioni, contratti o accordi di collaborazione con altre amministrazioni, enti, istituti, associazioni e altre persone giuridiche pubbliche o private, anche con l'acquisizione di fondi per lo svolgimento delle ricerche e l'acquisizione delle tecnologie.

L'azienda persegue inoltre la collaborazione stabile con l'Università degli studi di Perugia, è sede del polo universitario che eroga il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e il Corso di Laurea in Infermieristica, ospita le attività didattiche per gli studenti ed è sede di tirocinio per gli studenti dei corsi di laurea in medicina e delle professioni sanitarie e per gli specializzandi delle Facoltà di Medicina dell'università degli studi di Perugia.

Di seguito sono rappresentate delle tabelle che riguardano i dati relativi alle attività erogate, alle risorse disponibili e alla situazione economico-finanziaria.

L'ATTIVITÀ DI RICOVERO

L'Azienda Ospedaliera di Terni rappresenta 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'azienda ospedaliera di Perugia e con la Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Perugia.

Rispetto all'attrazione nei riguardi dei residenti in altre regioni, notevole è il numero dei pazienti provenienti dalle province di Rieti e Viterbo, che rappresentano circa l'85% del totale dell'utenza extraregionale.

In sintesi, per quanto riguarda l'attività di ricovero in base ai dati riferiti all'anno 2024, la ripartizione percentuale dei dimessi secondo la residenza è la seguente:

- ASL Umbria 2: 79,8 %
- ASL Umbria 1: 3,9 %
- Lazio: 13,6 %
- Altre regioni: 2,2 %
- Estero: 0,5 %

La tabella di seguito riportata evidenzia i dati di attività nei sei anni di riferimento.

Descrizione	2019	2020	2021	2022	2023	2024
n. ricoveri ordinari	23.129	18.792	21.061	20.729	20.157	20.268
n. ricoveri D.H.	4.650	2.563	2.928	2.895	3.674	4.070
n. ricoveri totali	27.779	21.355	23.989	23.624	23.831	24.338

Da essa si rileva che il numero totale dei ricoveri si è fortemente contratto nel corso del 2020 a causa della pandemia da COVID-19. Negli anni 2021, 2022 e 2023 si è assistito ad un parziale recupero di quanto perso nel 2020. Nel 2024 tale recupero è stato più sensibile, avendo totalizzato 24.558 ricoveri.

Medio-Bassa Specialità

Nel corso del 2024 si è assistito ad un aumento del numero di ricoveri di medio-bassa specialità per residenti in Umbria, pari in termini percentuali al +3,0%.

Nell'ambito della media bassa specialità si inserisce l'attività sanitaria che la AO Terni svolge a favore delle attività più propriamente territoriali.

Una delle cause principali che ha determinato tale aumento riguarda lo sforzo organizzativo e di risorse espresso per il recupero delle liste di attesa determinatesi in larga misura durante il periodo della pandemia COVID.

L' A.O. "S. Maria" di Terni svolge la propria attività nei limiti e nel rispetto del mandato regionale ottemperando alla funzione di alta specialità connaturata al ruolo di Azienda Ospedaliera e sostenuta validamente dalla presenza accademica; pur tuttavia, per ragioni logistiche e di offerta sanitaria, è divenuta peculiare dell'attività aziendale anche la funzione di ospedale generale rivolto al soddisfacimento di bisogni di un ampio bacino d'utenza che, oltre al distretto Ternano, soddisfa i bisogni sanitari di tutta l'Umbria Meridionale, nonché di parte del Reatino e del Viterbese.

Tali cittadini necessitano frequentemente di risposte assistenziali di medio-bassa specialità potenzialmente erogabili in maniera appropriata anche in eventuali strutture ospedaliere non di II livello o addirittura attraverso modelli organizzativi e setting assistenziali non ospedalieri.

A tal riguardo si evidenzia per l'anno 2024 (primi 11 mesi) il valore dell'attività in regime di ricovero di "medio-bassa specialità" pari a 49.504.197 euro di cui oltre 4.500.000 euro relativi a prestazioni in favore di cittadini residenti in Umbria al di fuori dell'area di Terni (area di Città di Castello, area di Foligno, area di Perugia). Tale attività risulta evidentemente significativa rispetto al contributo dell'A.O. Terni nel contenimento della mobilità passiva extraregionale.

La Azienda Ospedaliera S. Maria espleta prestazioni *nell'area traumatologica* a supporto di quanto viene svolto dai Presidi Territoriali.

Nell'ottica di una valorizzazione delle cure in favore di Pazienti "fragili" e/ o con disabilità complesse di tipo cognitivo-relazionale e neuromotorio, che di norma, non necessitano di prestazioni di alta specialità o complessità, l'A.O. "S. Maria" di Terni, dall'anno 2018, dopo uno specifico percorso formativo da parte di una equipe multidisciplinare, è entrata nella *rete nazionale DAMA* (Disabled Advanced Medical Assistance).

Nella maggior parte dei casi, si tratta di garantire a Pazienti con problematiche di tipo cognitivo, prestazioni di specialistica ambulatoriale (esami diagnostici radiologici e laboratoristici oltre che interventi di tipo ambulatoriale o day surgery) che non necessitano di particolari tecnologie proprie di un'Azienda Ospedaliera ma di know how acquisito da alcuni Professionisti rispetto a modelli e percorsi di accoglienza e gestione di pazienti con esigenze relazionali specifiche.

Questa imponente attività clinica ha determinato una crescita della occupazione dei posti letto prevalentemente nell'AREA MEDICA.

La Direzione Aziendale è intervenuta, nel corso del 2024, con una serie di procedure concorsuali volte a garantire la presenza del personale necessario.

Alta Specialità

Il valore delle attività di alta specialità per pazienti residenti in Umbria ha registrato un lieve decremento nei confronti dell'anno precedente (-1,4%); il motivo principale di tale riduzione dipende dal già citato sforzo intrapreso dall'Azienda Ospedaliera di Terni al fine di recuperare le liste di attesa. Al contrario si ha un marcato aumento rispetto al 2019 (+18,4%). Tali dati evidenziano che l'Azienda Ospedaliera di Terni continua ad essere sempre di più come punto di riferimento per i cittadini dell'Umbria per le attività di elevata complessità, in tal modo contribuendo alla riduzione della mobilità passiva extraregionale.

Extraregionale

Nel 2024, dopo che nel 2022, in particolare nella seconda parte dell'anno, il volume dei ricoveri per pazienti provenienti da altre regioni aveva registrato un elevato incremento rispetto al 2021 (+17,4%) poi confermato nel 2023, si è assistito ad una lieve riduzione di tale tipologia di attività. Una delle cause può essere fatta risalire alla necessità di recupero delle liste di attesa, in gran parte relative a pazienti residenti in Umbria in lista per prestazioni di medio-bassa specialità. Si ricorda che tale settore di attività ha tradizionalmente costituito una delle caratteristiche di eccellenza dell'Azienda Ospedaliera di Terni, tanto che nelle classifiche del Laboratorio MeS essa si è costantemente posizionata entro le prime quattro della graduatoria delle Aziende Ospedaliere per attrazione di pazienti da altre regioni per prestazioni di alta specialità.

L'attività specialistica ambulatoriale.

Nel 2022 l'attività specialistica ambulatoriale si era incrementata nei confronti dell'anno precedente di ben il 18,7%, ottenendo in tal modo un risultato così elevato che non era stato mai raggiunto fin dal 1995 negli anni di esistenza dell'Azienda Ospedaliera di Terni; nel 2023 tale volume finanziario complessivo di attività si è ulteriormente incrementato di circa un milione di euro (da 38,2 mln. a 39,2 mln.). Nel 2024, al netto di una variazione nelle modalità di fatturazione di alcune prestazioni di Radioterapia, si è avuto un ulteriore incremento. Anche in tal caso il fattore che ha inciso in maniera particolare è stata la necessità di recupero delle liste di attesa ambulatoriali createsi nel periodo COVID.

Con DGR 472 del 18/05/2022 "Piano Regionale Di Governo Delle Liste di Attesa per il triennio 2022-2025" 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.

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), ovvero:

1. Linee di intervento per il governo delle liste di attesa
2. Monitoraggio, controllo, valutazione
3. Attività Libero Professionale Intramuraria
4. I Programmi Attuativi Aziendali
5. Funzioni di Coordinamento, Intervento, Monitoraggio
6. Indicatori

Nel rispetto della DGR sopracitata, è stato implementato il Piano Abbattimento liste di attesa AO TR – USL Umbria 2 al fine di consentire l'erogazione delle prestazioni in percorso di tutela. In particolare nel III trimestre 2022 sono state erogate dall'Azienda 1.035 prestazioni, nel bimestre novembre-dicembre 1.155 prestazioni.

Permanendo situazioni di elevata criticità nella gestione delle liste d'attesa, la Giunta Regionale dell'Umbria con DGR 437 del 26/04/2023 ha approvato il “Piano operativo straordinario di recupero delle liste d'attesa”, incentrato, per quanto attiene alla specialistica ambulatoriale, su 4 azioni principali:

1. Le Aziende sanitarie pubbliche, anche in collaborazione fra loro in virtù di specifici accordi, in particolare quelli fra Azienda territoriale e Azienda Ospedaliera di riferimento, devono provvedere a garantire un'offerta adeguata e appropriata.
2. Aumentare l'appropriatezza delle prescrizioni attraverso la verifica degli specialisti ed interventi di governance.
3. Evasione di tutte le prestazioni inserite allo stato attuale nei PDT.
4. Governance e monitoraggio delle azioni previste dal presente Piano straordinario da parte della Task force regionale per il governo delle liste d'attesa.

In attuazione delle indicazioni regionali l'Azienda Ospedaliera di Terni con Deliberazione del Direttore Generale n. 539 del 18/07/2023 ha predisposto il Piano Attuativo Aziendale che ha previsto il potenziamento dell'offerta ed il governo della domanda attraverso le azioni strategiche declinate con riferimento ai singoli obiettivi del piano regionale.

In considerazione della consistenza quali-quantitativa delle prestazioni presenti all'interno del Percorso di Tutela, si è concordato con l'ASL 2 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, evitando la genesi di nuovi Percorsi di Tutela.

All'interno del Piano Operativo Straordinario di Recupero delle Liste di Attesa per la Specialistica Ambulatoriale (DGR 437 del 26/04/2023), **nell'anno 2023 l'Azienda di Terni ha concorso al 35,24% della produttività dell'intera area Sud della Regione.**

	Anno 2023	Percentuale
A.O. Terni	293.869	35.24%
USL 2	540.102	64.76%
Totale	833.971	100%

Anche in questo caso la Direzione Aziendale ha supportato lo svolgimento delle attività cliniche tramite l'attività concorsuale necessaria a garantire il tur-over degli specialisti andati in quiescenza.

In attuazione della DGR N. 394/2024 “Piano Operativo Strutturale di Recupero delle Liste di Attesa – anno 2024”, n. 800/2024 recante il documento “Aggiornamento del Piano Operativo Strutturale di Recupero delle Liste di Attesa – anno 2024” l’Azienda Ospedaliera di Terni con Deliberazione del D.G. n. 381 del 13/06/2024, 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.

Massimizzazione dell’attività al fine di evitare la genesi di nuovi PdT e favorire l’abbattimento delle prestazioni inserite in PdT.

L’A.O. TR ha sottoscritto 2 accordi di collaborazione per abbattimento lista di attesa con l’azienda territoriale di riferimento Usl Umbria 2: il primo relativo al periodo 15 marzo-30 giugno (Deliberazione del DG N. 358 DEL 05/06/2024); il successivo relativo al periodo primo luglio-31 dicembre 2024 (Deliberazione del D.G. n. 609 del 10/09/2024). L’AO di Terni provvede inoltre, nel rispetto degli accordi sottoscritti, all’erogazione delle prestazioni di II livello e/o non erogate da Usl Umbria 2 secondo il fabbisogno espresso dalla stessa azienda territoriale.

Con accordo marzo-giugno 2024 sono state concordate circa 1.600 prestazioni in regime di produttività aggiuntiva (500 in incremento dell’offerta Cup ordinaria, 1.100 per abbattimento

PdT), 125 prestazioni in attività istituzionale;

Con accordo luglio-dicembre 2024 sono state concordate circa 2.000 prestazioni in produttività aggiuntiva (1.400 ampliamento offerta Cup, 600 per abbattimento PdT), 300 prestazioni in attività istituzionale.

L’AO Terni ha ottemperato al 100 % di quanto previsto dagli accordi di collaborazione con l’Azienda Usl Umbria 2 sia nel periodo marzo-giugno che luglio-dicembre 2024.

Considerando l’attività specialistica complessiva dell’A.O. S. Maria stimata per l’anno 2024 pari a circa 314.064 prestazioni, di cui circa 4.200 in overbooking e 3.700 in regime di produttività aggiuntiva, come riportato nella tabella seguente, si stima che le attività finalizzate all’abbattimento della lista di attesa arrivino al 2,5 % del totale della attività specialistica dell’Azienda entro la fine dell’anno.

PROIEZIONE 2024		
Istituzionale	Overbooking	Produttività aggiuntiva
314.064*	4.260	3.716

*Il dato 2024 è raggiunto considerando che la prestazione “schermatura personalizzata” è stata sospesa dal mese di agosto 2023.

Si evidenzia inoltre, come descritto nella tabella seguente, che dall’anno 2019 all’anno 2024 l’attività erogata dagli specialisti dell’Azienda in favore dei pazienti interni sia significativamente aumentata.

Numero prestazioni escluso Laboratorio Analisi	2019	2023	2024
Consulenze Pronto Soccorso	66.153	78.271	81.266
Consulenze per interni	51.322	57.176	54.831

Implementazione della presa in carico da parte degli specialisti.

Presso l'A.O. di Terni sono state attivate 10 piastre ambulatoriali: 4 poli-specialistiche, 6 mono-specialistiche in considerazione del rispettivo volume di attività e dell'ampliamento delle Agende di prenotazione.

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

Sono stati effettuati e sono previsti incontri ad hoc degli specialisti dell'AO TR con PuntoZero con lo scopo di garantire una continua analisi ed ottimizzazione dei progetti riguardanti la prescrizione e la prenotazione degli Specialisti e l'utilizzo delle piastre ambulatoriali con l'obiettivo di migliorarne la performance e favorire la presa in carico dei pazienti.

Così come risulta dalla reportistica FHIR relativa al mese di settembre 2024, la performance degli specialisti dell'A.O. "S. Maria" che prescrivono e prenotano, tramite prenotazione diretta, piastra ambulatoriale o CUP di II livello, è del 76%.

Potenziamento dell'appropriatezza prescrittiva.

Con lo scopo di favorire la presa in carico dei pazienti e ridurre i potenziali rischi di inappropriatezza, sono stati implementati i percorsi di II livello con agende CUP dedicate.

Gli specialisti sono stati ulteriormente 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 attribuire la classe di priorità per tutte le prestazioni per le quali è prevista la griglia RAO, in modo da consentire l'analisi della concordanza di classe assegnata ai singoli casi.

Al fine di supportare gli specialisti, nell'adempimento dell'obbligo di effettuare la validazione dell'erogato e la verifica della concordanza di classe di priorità tramite il programma Ises Web, la Direzione aziendale, ha elaborato una specifica procedura operativa.

Gli specialisti radiologi e endoscopisti dell'Azienda hanno partecipato ai gruppi di lavoro regionali per la stesura delle linee guida per l'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni radiologiche e endoscopiche. Inoltre, vista in particolare la numerosità dei pazienti in lista di attesa per colonscopia, la Direzione sanitaria con gli specialisti della Struttura di Endoscopia, ha elaborato delle linee di indirizzo, in corso di

condivisione con Puntozero, per la selezione di tali pazienti, al fine di effettuarne la presa in carico e nel contempo instaurare un percorso di appropriatezza.

Monitoraggio costante dell'offerta dei primi accessi e dei secondi accessi.

La Direzione Sanitaria/ di Presidio monitora, tramite anche l'utilizzo del cruscotto Qlik, la disponibilità dell'offerta per i primi accessi e per i secondi accessi, al fine di valutare le disponibilità residue e procedere, se possibile in base a risorse e spazi disponibili, a riallineare l'offerta al recupero dei posti disponibili.

Monitoraggio dell'attività 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 era stato adottato il Regolamento aziendale che disciplinava la libera professione intramuraria, sulla base dell'atto di indirizzo regionale di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale 07.04.2014, n. 372.

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 ha inteso creare un'articolazione strutturata con 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.

Sempre nel corso dell'anno 2024, l'Azienda Santa Maria ha intrapreso un percorso di digitalizzazione e rinnovamento del sistema di gestione dell'attività libero professionale.

A supporto del processo di autorizzazione, monitoraggio e consuntivazione delle prestazioni erogate in regime di libera professione è stato adottato l'utilizzo dell'applicativo Web Alfamoenia. Trattasi di uno strumento informatico già utilizzato in varie aziende sanitarie che supporta il dirigente Medico nella fase di richiesta di autorizzazione all'esercizio della libera professione con particolare riferimento alla costruzione della tariffa e al controllo della produzione libero professionale.

Circa l'utilizzo di tale applicativo i sanitari hanno seguito una specifica attività di formazione.

Vista anche la richiesta del Collegio Sindacale, nelle more della redazione delle linee guida regionali, con Delibera del D.G n. 377 del 13/06/2024, è stato rimodulato e aggiornato il Regolamento aziendale per l'esercizio dell'attività libero-professionale adottato nel 2014, al fine di renderlo strumento utile per la riduzione delle liste di attesa e maggiormente coerente con la normativa che porta alla determinazione della tariffa.

Con Delibera n. 512 del 26/07/2024 è stato adottato uno specifico Piano operativo sulla libera professione intramuraria 2023-2024 per la specialistica ambulatoriale, descrittivo delle modalità utilizzate

per garantire e verificare l'esercizio dell'attività libero professionale ALPI che, nel rispetto dell'art.1 della legge 120/2007 e del CCNL Area Dirigenziale Sanità 23 gennaio 2024, deve essere programmata in modo da non risultare superiore ai volumi di prestazioni eseguite in regime istituzionale.

Così come previsto dalla normativa vigente, i volumi relativi alla attività libero professionale e istituzionale dei dirigenti dell'Azienda Ospedaliera vengono sottoposti a verifica ex-post, tenuto conto anche delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche assegnate, in particolare rispetto ai volumi di monitoraggio AGENAS; rispetto agli sbilanciamenti rilevati la Direzione Sanitaria, analizzate le motivazioni della differenza del rapporto tra attività istituzionale e libero professionale, ha richiamato i Direttori/Responsabili delle Strutture interessate a una più attenta verifica delle attività svolte al fine di garantire la corretta applicazione della normativa vigente, e ha disposto un aumento di produttività in regime istituzionale e la sospensione dell'attività libero-professionale ove necessario.

In Azienda viene inoltre svolta un'attività continua di controllo sui Dipendenti interessati (orari, incassi) al fine di accertare il rispetto delle disposizioni normative in materia.

Le prestazioni chirurgiche.

Come le altre tipologie di prestazioni trattate in precedenza, dopo una forte riduzione del valore finanziario dell'attività chirurgica causata dalla pandemia da COVID-19 negli anni successivi al 2019, nel 2023 si sono raggiunti valori non solo superiori al 2020 (+22,3%), al 2021 (+13,0%) e al 2022 (+9,4%), ma anche al 2019 (+2,4%). Tale risultato è stato ottenuto in particolare grazie ad un'ottimizzazione dei processi di attività delle sale operatorie.

Nell'ambito del governo delle liste d'attesa, particolare attenzione è stata posta all'abbattimento delle liste d'attesa per procedure chirurgiche programmate.

La Direzione Aziendale ha pertanto riproposto con forza il rispetto delle procedure aziendali che regolamentano il percorso chirurgico in elezione e che erano state temporaneamente (anche causa pandemia) "trascurate": la Deliberazione del Direttore Generale n. 593 del 12/07/2016 avente ad Oggetto "Procedura per la gestione delle attività chirurgiche aziendali. Adozione" e la successiva Deliberazione del Direttore Generale n. 244 del 17/03/2017 avente ad oggetto "Adozione Procedura Aziendale Percorso Preparazione Interventi Chirurgici Programmati."

Anche nel rispetto del mandato della Regione Umbria (DGR N.347 del 13/04/2022 "Piano Operativo Umbro di Recupero per le Liste d'attesa"), la Direzione Aziendale dal momento del suo insediamento, ha inteso aumentare le prestazioni interventistiche non solo attraverso prestazioni aggiuntive e l'integrazione con l'Ospedale di Narni ma anche attraverso una revisione organizzativo-gestionale dell'intero percorso chirurgico in elezione in quanto il massimo utilizzo delle sale operatorie "passa" soprattutto da una corretta gestione della programmazione e organizzazione

In particolare, in un'ottica di "gestione per processi", sono state governate e monitorate le singole fasi e gli strumenti del percorso chirurgico: la pre-ospedalizzazione centralizzata, prevalentemente volta al recupero delle prestazioni chirurgiche in lista di attesa, la programmazione mensile e l'assegnazione delle sedute operatorie da parte della Direzione Sanitaria, la programmazione settimanale delle liste operatorie da parte dei Direttori/Responsabili di U.O. Si è inoltre provveduto a rimettere a regime il "**Comitato buon uso delle sale operatorie**" (gruppo di lavoro presieduto dal Direttore Sanitario coadiuvato dai vari Professionisti che partecipano alle attività interventistiche con l'incarico di valutare settimanalmente la congruità della programmazione delle sale da parte dei Direttori/Responsabili di U.O. con le risorse disponibili al fine di ottimizzare le ore di sala operatoria assegnate) ed è stato nominato il **RUA**.

	Aprile 2022	Dicembre 2023	% Recupero
RO+DS	8.078	1.437	83%
Ch. Amb	5.221	139	98%
Totale	13.299	1.576	

<i>Regime Ricovero</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>2022</i>	<i>2023</i>
Ordinario	10.172	8.500	10.268	10.782	10.904
Day Surgery	3.305	1.619	2.034	2.078	2.847
Ch. Ambulatoriale	4.742	2.856	3.502	4.734	4.734
Totale	18.219	12.975	15.804	17.594	18.485

L'AO Terni ha effettuato il recupero di 6.838 interventi pari al 37% dell'attività chirurgica del 2023 senza ridurre le attività di alta specialità nonostante la dotazione organica dei chirurghi sia rimasta sostanzialmente stazionaria.

Le prestazioni di Pronto Soccorso.

Analogo trend rispetto alle prestazioni chirurgiche si registra per quanto riguarda le prestazioni di Pronto Soccorso. Anche in questo caso nell'anno 2024 si è registrato un numero di accessi (55.185) superiore a quanto mai realizzato nella storia dell'Azienda Ospedaliera di Terni. Basti pensare che nell'anno precedente si erano avuti 48.788 accessi e nel 2022 41.022 accessi; anche nel 2019, ultimo periodo pre-COVID, si era raggiunto un valore pari a 44.834 accessi.

Da notare che secondo la distribuzione degli accessi per residenza dei pazienti, solo 2 su 3 proviene dal Distretto di Terni, mentre il rimanente terzo si suddivide più o meno in maniera equa tra il Distretto di Narni-Amelia e le altre regioni. Non è trascurabile nemmeno la quota di pazienti residenti nella provincia di Perugia (circa il 3%).

Durante il 2024 il Pronto Soccorso ha migliorato sensibilmente le sue prestazioni sia in termini quantitativi che in termini qualitativi.

Anche in questo caso la Direzione Aziendale ha supportato l'attività clinica mettendo in atto numerose attività concorsuali volte al consolidamento dell'organico, sebbene, come è noto, l'adesione alle attività concorsuali per la Disciplina della Emergenza Urgenza è modesta.

STATO DELL'ARTE SULLA PROGRAMMAZIONE ATTIVATA

Il P.T.F.P. 2025 – 2027 parte dalla programmazione delle annualità precedenti e sviluppa le strategie aziendali in materia di risorse umane.

Pur in presenza di una evidente difficoltà di reperire personale specialistico, l'Azienda ha messo in campo le seguenti procedure, sia per il comparto che per la dirigenza.

COMPARTO

AVVISI PUBBLICI

1. Infermiere
2. TSLB

DIRIGENZA MEDICA E SANITARIA

CONCORSI PUBBLICI

1. Medicina Legale
2. Oncologia
3. Radiodiagnostica
4. Neurochirurgia

AVVISI PUBBLICI

1. Chirurgia Generale da assegnare alla S.S. Endocrinochirurgia
2. Cardiologia
3. Pneumologia
4. Chirurgia Toracica
5. Pediatria
6. Neurologia

AVVISI PUBBLICI PER CONFERIMENTO INCARICHI DIRETTORE STRUTTURA COMPLESSA

1. S.C. Pneumologia
2. S.C. Direzione Medica
3. S.C. Radiologia Interventistica
4. S.C. Neuroradiologia
5. S.C. Nefrologia
6. S.C. Chirurgia Della Mano
7. S.C. Medicina d'Urgenza

8. S.C. Univ. Otorinolaringoiatria
9. S.C. Univ. Cardiologia
10. S.C. Univ. Dermatologia
11. S.C. Univ. Gastroenterologia
12. S.C. Univ. Malattie Infettive

STABILIZZAZIONI

L'Azienda ha portato a termine le procedure di stabilizzazione previste nel precedente piano con riferimento all'annualità 2024 e sono in corso di espletamento le procedure di stabilizzazione già oggetto di programmazione per l'annualità 2025.

Le procedure di stabilizzazione in corso sono oggetto di conferma nel PTFP 2025-2027, per la copertura dei seguenti posti:

n. 2	Dirigenti Medici
n. 1	Farmacista
n. 1	Dirigenti Psicologi
n. 1	Fisico
n.1	Dirigente Professioni Sanitarie
n. 5	Infermieri
n. 3	Ostetriche
n. 1	Logopedista
n. 2	Operatori Sociosanitari;
n. 1	Tecnici di Laboratorio Biomedico
n. 1	Collaboratori Amministrativo-Professionali
n. 1	Dirigenti Amministrativi

DISABILI E CATEGORIE PROTETTE EX ART. 1 E 18 L. 68/99

Alla data del 31/12/2024 - come risulta dal Prospetto informativo del personale in servizio (L. 68 del 12/03/1999 – D.M. 2 novembre 2010) i cui dati saranno trasmessi entro il termine previsto del 31/01/2025 all'ARPAL – l'Azienda presumibilmente non presenterà una scopertura della quota d'obbligo.

LA PROGRAMMAZIONE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE- SVILUPPARE OBIETTIVI

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.

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 per la Chirurgia Multidisciplinare a ciclo breve;
- 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 31.12.2024 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.

Durante il 2024 questa funzione di analisi e di razionalizzazione è stata svolta dal Tavolo Operativo Analisi e monitoraggio dotazione personale sanitario e addetto all'assistenza, azione che proseguirà nel 2025.

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 2025-2027.

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 protocollo d'intesa Regione-Università recepito con DGR n.59 del 30/01/2024;
- 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.

Durante il 2024 l'utilizzo delle prestazioni aggiuntive è stato principalmente impiegato per il raggiungimento degli obiettivi sull'abbattimento delle liste di attesa; nel 2025 è prevista una standardizzazione delle procedure di assegnazione al fine di evitare il rischio di sfondamento del tetto assegnato.

CONTRATTI LIBERO PROFESSIONALI

Il ricorso a tale tipologia di contratti è assolutamente residuale e di norma, detti contratti, 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 anche 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.

Risultano complessivamente previste nell'anno 2025 n. 134 assunzioni, di cui:

- n. 114 mediante azioni di reclutamento ordinario;
- n. 20 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.

Sono previste inoltre:

- N. 51 progressione fra le aree;

Nelle tabelle che seguono vengono rappresentate analiticamente le assunzioni da effettuare, con esclusione delle assunzioni ex L. 68/99, per un totale di n. 161 assunzioni nell'anno 2025.

	ANNO 2025		
	Assunzioni 2025		
	ordinarie	Stabilizzazioni	progressioni tra le AREE
RUOLO SANITARIO			
DIRIGENZA			
DIRIGENTI MEDICI STRUTTURA COMPLESSA	6		
DIRIGENTI MEDICI	31	2	
DIRIGENTI VETERINARI STRUTTURA COMPLESSA			
DIRIGENTI VETERINARI			
DIRIGENTI FARMACISTI STRUTTURA COMPLESSA			
DIRIGENTI FARMACISTI		1	
DIRIGENTI BIOLOGI STRUTTURA COMPLESSA			
DIRIGENTI BIOLOGI	1		
DIRIGENTI CHIMICI STRUTTURA COMPLESSA			
DIRIGENTI CHIMICI			
DIRIGENTI PSICOLOGI STRUTTURA COMPLESSA	1		
DIRIGENTI PSICOLOGI		1	
DIRIGENTI FISICI STRUTTURA COMPLESSA			
DIRIGENTI FISICI	1	1	
DIRIGENTI DELLE PROFESSIONI SANITARIE STRUTTURA COMPLESSA			
DIRIGENTI DELLE PROFESSIONI SANITARIE	1	1	
COMPARTO - Area del Personale di Elevata Qualificazione			
<i>Prof. Sanitarie Infermieristiche</i> - INFERMIERI			
<i>Prof. Sanitarie Infermieristiche</i> - INFERMIERI PEDIATRICI			
<i>Prof. Sanitaria Ostetrica</i> - OSTETRICHE			
<i>Prof. Tecnico sanitarie</i> - DIETISTE			
<i>Prof. Tecnico sanitarie</i> - IGIENISTI DENTALI			
<i>Prof. Tecnico sanitarie</i> - ODONTOTECNICI			
<i>Prof. Tecnico sanitarie</i> - OTTICI			
<i>Prof. Tecnico sanitarie</i> - TECNICI AUDIOMETRISTI			
<i>Prof. Tecnico sanitarie</i> - TECNICI AUDIOPROTESISTA			

<i>Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI DELLA FISIOPAT. CARD. E PERF. CARDIO.</i>			
<i>Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI DI ANATOMIA PATOLOGICA</i>			
<i>Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI DI NEUROFISIOPATOLOGIA</i>			
<i>Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI ORTOPEDICI</i>			
<i>Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI SANITARI DI LABORATORIO BIOMEDICO</i>			
<i>Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIA MEDICA</i>			
<i>Prof. Sanitarie della Riabilitazione - EDUCATORI PROFESSIONALI</i>			
<i>Prof. Sanitarie della Riabilitazione - FISIOTERAPISTI</i>			
<i>Prof. Sanitarie della Riabilitazione - LOGOPEDISTI</i>			
<i>Prof. Sanitarie della Riabilitazione - MASSAGGIATORI NON VEDENTI</i>			
<i>Prof. Sanitarie della Riabilitazione - ORTOTTISTI</i>			
<i>Prof. Sanitarie della Riabilitazione - PODOLOGI</i>			
<i>Prof. Sanitarie della Riabilitazione - TECNICI RIABILITAZIONE PSICHIATRICA</i>			
<i>Prof. Sanitarie della Riabilitazione - TERAPISTI NEUROPSICOMOTR ETA' EVOL.</i>			
<i>Prof. Sanitarie della Riabilitazione - TERAPISTI OCCUPAZIONALI</i>			
<i>Prof. Sanitarie della Prevenzione - ASSISTENTI SANITARI</i>			
<i>Prof. Sanitarie della Prevenzione - TECNICI PREVENZIONE LUOGHI DI LAVORO</i>			
COMPARTO - Area dei Professionisti della Salute			
<i>Prof. Sanitarie Infermieristiche - INFERMIERI</i>	37	5	
<i>Prof. Sanitarie Infermieristiche - INFERMIERI PEDIATRICI</i>			
<i>Prof. Sanitaria Ostetrica - OSTETRICHE</i>	2	3	
<i>Prof. Tecnico sanitarie - DIETISTE</i>			
<i>Prof. Tecnico sanitarie - IGIENISTI DENTALI</i>			
<i>Prof. Tecnico sanitarie - ODONTOTECNICI</i>			
<i>Prof. Tecnico sanitarie - OTTICI</i>			
<i>Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI AUDIOMETRISTI</i>			
<i>Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI AUDIOPROTESISTA</i>			
<i>Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI DELLA FISIOPAT. CARD. E PERF. CARDIO.</i>	1		
<i>Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI DI ANATOMIA PATOLOGICA</i>			

Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI DI NEUROFISIOPATOLOGIA	1		
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI ORTOPEDICI			
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI SANITARI DI LABORATORIO BIOMEDICO	5	1	
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIA MEDICA	2		
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - EDUCATORI PROFESSIONALI			
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - FISIOTERAPISTI			
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - LOGOPEDISTI		1	
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - MASSAGGIATORI NON VEDENTI			
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - ORTOTTISTI			
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - PODOLOGI			
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - TECNICI RIABILITAZIONE PSICHIATRICA			
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - TERAPISTI NEUROPSICOMOTR ETA' EVOL.			
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - TERAPISTI OCCUPAZIONALI			
Prof. Sanitarie della Prevenzione - ASSISTENTI SANITARI			
Prof. Sanitarie della Prevenzione - TECNICI PREVENZIONE LUOGHI DI LAVORO			
COMPARTO - Area degli Assistenti (<i>profili residuali ove ancora esistenti</i>)			
INFERMIERI GENERICI			
PUERICULTRICI			
TECNICI DI RADIOLOGIA MEDICA			
TOTALE RUOLO SANITARIO	89	16	0
RUOLO PROFESSIONALE			
DIRIGENZA			
DIRIGENTI PROFESSIONALI (<i>specificare eventuali altri profili professionali</i>)			
DIRIGENTI ARCHITETTO			
DIRIGENTI AVVOCATO			
DIRIGENTI INGEGNERI STRUTTURA COMPLESSA			
DIRIGENTI INGEGNERI			
COMPARTO - Area del Personale di Elevata Qualificazione			

COLLABORATORI PROFESSIONALI DI E.Q. (<i>specificare eventuali altri profili professionali</i>)			
SPECIALISTA DELLA COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE			
SPECIALISTA NEI RAPPORTI CON I MEDIA - GIORNALISTA PUBBLICO			
COMPARTO - Area dei Funzionari			
COLLABORATORI PROFESSIONALI (<i>specificare eventuali altri profili professionali</i>)			
SPECIALISTA DELLA COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE			
SPECIALISTA NEI RAPPORTI CON I MEDIA - GIORNALISTA PUBBLICO			
ASSISTENTI RELIGIOSI			
TOTALE RUOLO PROFESSIONALE	0	0	0
RUOLO TECNICO			
DIRIGENZA			
DIRIGENTI TECNICI (<i>specificare eventuali altri profili professionali</i>)			
DIRIGENTI AGRONOMI			
DIRIGENTI ANALISTI			
DIRIGENTI ASSISTENTI SOCIALI			
DIRIGENTI SOCIOLOGI			
DIRIGENTI STATISTICI			
COMPARTO - Area del Personale di Elevata Qualificazione			
COLLABORATORI TECNICI DI E.Q. (<i>specificare eventuali altri profili professionali</i>)	1		
CONTABILI			
GEOMETRI			
INFORMATICI			
INGEGNERI			
PROGRAMMATORI			
STATISTICI			
COMPARTO - Area dei Funzionari			
COLLABORATORI TECNICI (<i>specificare eventuali altri profili professionali</i>)			3
CONTABILI			

GEOMETRI			
INFORMATICI			
INGEGNERI			
PROGRAMMATORI			
STATISTICI			
COMPARTO - Area degli Assistenti			
ASSISTENTI TECNICI (<i>specificare eventuali altri profili professionali</i>)	1		10
ADDETTI GUIDA /MAN.MEZZI 118			
ADDETTI MANUTENZIONE GESTIONE APP. ELETTROMED.			
ASSISTENTI INFORMATICI			
AUTISTI SOCCORRITORI			
CONTABILI			
GEOMETRI			
MANUTENTORI			
PERITI TERMOMECCANICI			
PROGRAMMATORI			
TECNICI DISINFETTORI			
VIDEOTERMINALISTI			
COMPARTO - Area degli Operatori			
OPERATORI TECNICI SPECIALIZZATI (<i>specificare eventuali altri profili professionali</i>)	6		22
AUTISTI DI AMBULANZE	1		
COMPARTO - Area del Personale di Supporto			
OPERATORI TECNICI (<i>specificare eventuali altri profili professionali</i>)			
ADDETTI ALL'ASSISTENZA OTA			
AUSILIARI SPECIALIZZATI			
TOTALE RUOLO TECNICO	9	0	35
RUOLO SOCIO-SANITARIO			
COMPARTO - Area del Personale di Elevata Qualificazione			
ASSISTENTI SOCIALI DI E.Q.			
COMPARTO - Area dei Funzionari			
ASSISTENTI SOCIALI			

COMPARTO - Area degli Operatori			
OPERATORI SOCIO SANITARI	7	2	
TOTALE RUOLO SOCIO-SANITARIO	7	2	0
RUOLO AMMINISTRATIVO			
DIRIGENZA			
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI DI STRUTTURA COMPLESSA			
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI		1	
COMPARTO - Area del Personale di Elevata Qualificazione			
COLLABORATORI AMMINISTRATIVO-PROFESSIONALI DI E.Q.	1		
COMPARTO - Area dei Funzionari			
COLLABORATORI AMMINISTRATIVO-PROFESSIONALI	4	1	
COMPARTO - Area degli Assistenti			
ASSISTENTI AMMINISTRATIVI	6		4
COMPARTO - Area degli Operatori			
COADIUTORI AMMINISTRATIVI SENIOR			12
COMPARTO - Area del Personale di Supporto			
COADIUTORI AMMINISTRATIVI			
COMMESSI			
TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO	11	2	16
TOTALE GENERALE			
	116	20	51

RELAZIONE FINANZIARIA CHE DIA CONTO DEI VINCOLI NORMATIVI

Il tetto di spesa per il personale previsto ai sensi dell'articolo 2, comma 71 della Legge 23 dicembre 2009, n. 191, è rappresentato dalla misura da ultimo stabilita con DGR n. 581/2021, all'esito di un processo di ridefinizione dei tetti di spesa dei singoli Enti del SSR che ha comportato, in applicazione di quanto stabilito all'art. 11 del D.L. 35/2019 (Decreto Calabria), il posizionamento del tetto regionale di spesa di personale vigente dall'anno 2020 nel valore corrispondente alla spesa dell'anno 2004, ridotta dell'1,4% . A fronte di tale determinazione, si precisa che il tetto di questa Azienda è stato rideterminato da ultimo con la citata DGR n. 581/2021 in € 76.203.499.

Nelle more delle disposizioni che verranno eventualmente previste in materia di finanziamento del SSN, il suddetto valore pari ad € 76.203.499 risulta, peraltro, provvisoriamente confermato dalla Direzione Regionale Salute e Welfare giusta nota pec 0002513 del 14/01/2025, con cui sono stati forniti alle Aziende del SSR indirizzi in materia di predisposizione del bilancio per l'anno 2025.

In sede di monitoraggio periodico della spesa sostenuta nell'anno 2024 si registra il mantenimento del contenimento della spesa del personale entro il tetto di spesa di cui alla DGR n. 581/2021.

Il costo rappresentato tiene conto della capacità di assorbimento del precariato mediante la stabilizzazione, avviata con le Deliberazioni del Direttore Generale relative alla stabilizzazione del personale precario sopracitata.

La spesa è stata calcolata non prevedendo quale data teorica di assunzione per tutte le azioni di reclutamento indicate nel piano il 1° gennaio 2025, ma avuto riguardo alla verosimile temporalizzazione delle assunzioni.

Infine si rappresenta che la spesa di personale correlata al piano assunzionale anno 2025 si attesta sul valore **di € 76.146.694,00**.

Nella logica del fabbisogno come strumento flessibile di adeguamento delle risorse umane ai processi organizzativi effettivi, lo schema illustrato va reso compatibile e sostenuto con le risorse economico-finanziarie a disposizione dell'azienda, come risultanti dai livelli di produzione peculiare (fatturato della produzione + mandato), a sua volta frutto della migliore combinazione dei fattori (competenza manageriale) e dalle risorse economiche programmate e ripartite dal livello regionale.

Infatti il D.M. 21 giugno 2016, oltre che l'art.4 c.8 del D.Lgs 502/92, che prevede il vincolo del pareggio di bilancio per le Aziende Ospedaliere, prevede indicatori specifici di sostenibilità economica, che se negativi, comportano per le Aziende Ospedaliere specifici piani di rientro.

TABELLA per la VERIFICA del RISPETTO del TETTO di SPESA per il PERSONALE - ADEMPIMENTO LE Ag) - ANNO 2025

Denominazione regione	UMBRIA								
Denominazione azienda/ente	AZIENDA OSPEDALIERA SANTA MARIA DI TERNI								
Periodo di rilevazione	ANNO 2024 - PROIEZIONE con DATI al (31/12/2025)								
(valori in migliaia di euro)	Totale presenti al 31/12/2025 (1)	Spese per competenze fisse e accessorie (2)	IRAP (3)	Spese per contributi a carico dell'azienda (4)	Altre voci di spesa (5)	Totale (6)=(2)+(3)+(4)+(5)	di cui: derivante dai rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004 (7)	Totale al netto dei rinnovi (8) = (6) - (7)	
Personale dipendente a tempo indeterminato	1.765	75.402.822	6.014.117	20.322.567	703.925	102.443.432	26.982.964	75.460.468	
Personale a tempo determinato	61	4.504.830	377.205	1.285.428	0	6.167.462	1.227.967	4.939.495	
Restante personale	23	437.461	37.184	115.300	911.758	1.501.703		1.501.703	
Totale	1.849	80.345.113	6.428.506	21.723.295	1.615.684	110.112.598	28.210.931	81.901.667	
(valori in migliaia di euro)						Totale rimborsi (6.a)	di cui: derivante dai rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004 (7.a)	Totale rimborsi al netto dei rinnovi (8.a)=(6.a)-(7.a)	
Indennità De Maria						1.067.419	187.775	879.644	
						111.180.017	28.398.706	82.781.311	
						(6) + (6.a)	(7) + (7.a)	(9) = (8) + (8.a)	
personale escludibile dalla predetta base di calcolo - Circolare RGS n. 9 del 17.02.2006 e assunzioni di cui al DL 34/2020 e al DL 72/2021 - anno 2025:									
(valori in migliaia di euro)									
Personale classificato ex legge n. 68/1999 (disabili e categorie protette)	4.118.145								
Personale della sanità penitenziaria (incluso le RSM)									
Personale finanziato con contributi provenienti da privato (se già non portato in detrazione diretta dei costi)									
Personale finanziato con contributi provenienti dall'Unione Europea (se già non portato in detrazione diretta dei costi)									
Personale finanziato con fondi destinati alla ricerca (se già non portato in detrazione diretta dei costi)									
Spese per la formazione e le missioni	1.012.178								
Totale delle spese di personale escluso Circolare RGS n° 9 del 17/02/2006 (A)	5.130.323								
Reclutamento a tempo indeterminato di personale, ai sensi dell'art. 1, c. 4, del DL 34/2020 (ADI)									
Reclutamento a tempo indeterminato di personale, ai sensi dell'art. 1, c. 5, del DL 34/2020 (Infermieri)									
Reclutamento a tempo indeterminato di personale, ai sensi dell'art. 1, c. 6, del DL 34/2020 (Centrali Operative)									
Reclutamento a tempo indeterminato di personale, ai sensi dell'art. 2, c. 5, del DL 34/2020 (Potenz. Mezzi di Soccorso)	619.553								
Reclutamento a tempo indeterminato di personale, ai sensi dell'art. 2, c. 7, del DL 34/2020 (Potenz. Terapie Intensive)	884.741								
Reclutamento a tempo indeterminato di personale, ai sensi dell'art. 50 del DL 73/2021 (Sicurezza amb. e luoghi lavoro)									
Totale ulteriori detrazioni (B)	1.504.294								
TOTALE COMPLESSIVO PERSONALE ESCLUDIBILE (C) = (A) + (B)	6.634.617								
						TOT. COSTO DEL PERSONALE al NETTO RINNOVI CCNL		82.781.311	
						COSTO DEL PERSONALE (al netto CCNL) e al NETTO DETRAZIONI ASSENTITE (C)		76.146.694	
						TETTO di cui alla DGR 581/2021		76.203.499	
						MARGINE DAL TETTO		56.805	

In conclusione, le esigenze di personale possono essere così sintetizzate e distinte per aree di attività, secondo un criterio di priorità connesso al ruolo strategico svolto nell'ambito dei processi assistenziali:

Area dell’Emergenza-Urgenza: l’adeguamento del personale è necessario per:

- ottimizzare le attività connesse ai servizi di emergenza-urgenza (Pronto soccorso, OBI e Medicina d’urgenza);
- garantire il rispetto dei tempi di attesa in rapporto alla crescente domanda derivante dall’aumento degli accessi di Pronto Soccorso;

Area di Anestesia e Rianimazione: l’adeguamento di tali figure professionali mira prioritariamente a garantire il potenziamento delle attività chirurgiche e a limitare il ricorso alle prestazioni aggiuntive ad integrazione della carenza di organico.

Il supporto alle attività anestesiologiche è stato determinante nel raggiungimento degli obiettivi chirurgici del 2024 e lo sarà anche nel 2025.

Aree Chirurgiche: il potenziamento dei dirigenti medici afferenti alle UU.OO. chirurgiche assume una rilevanza strategica strettamente correlata alla mission di DEA di II livello dell’Azienda Ospedaliera.

Per il 2025 si prevede un supporto all'area ortopedica-traumatologica vista la funzione di CTS svolta dalla AO Terni nell'ambito della Rete Traumatologica, (Delibera DDG n 464/2024). nonché della Chirurgia della Mano, disciplina per la quale è stato confermato nel 2024 il Centro di Riferimento Regionale.

Area medica: l'adeguamento del personale deve garantire il miglioramento degli standard di cura e assistenziali in aree di attività rivolte prevalentemente alla gestione di pazienti complessi, spesso affetti da pluri patologie con carattere di cronicità e fragilità.

In questa area si rende indispensabile la completa ricostituzione della Pneumologia resa incompleta a causa di numerose assenze a vario titolo determinatesi. Inoltre è necessario supportare la Neurologia per la sua attività diagnostico-terapeutica dell'Ictus (Stroke Unit) ai sensi di quanto previsto dalla DELIBERA N. 459/2024.

Area oncologica: in tale ambito le azioni di potenziamento del personale deve consentire la ottimizzazione delle attività afferenti alle UU.OO. di Oncologia Medica e di Ematologia.

Le azioni di potenziamento sono in linea con la crescente pressione di ricovero sull'area oncologica vista la funzione di centro Hub svolta dall'Azienda Ospedaliera di Terni anche a seguito della DGR n. 882 del 01.10.2023, con cui la Regione Umbria ha adottato il Piano Oncologico Nazionale (PON) 2023 – 2027.

Area Cardiovascolare: per tale area il potenziamento del personale è finalizzato prioritariamente al consolidamento dei percorsi integrazione necessari per una ottimale gestione delle attività afferenti alle diverse reti cardiologiche (rete IMA, rete delle Sindromi Coronariche Acute, valvulopatie, disturbi del ritmo) che tenga necessariamente conto della loro complessità clinica e organizzativa definita nell'ambito dei rispettivi PDTA;

Le attività della Rete regionale Cardiologica per l'emergenza – STEMI sono state confermate infatti con DELIBERA N. 457/2024.

Area Materno-Infantile: l'adeguamento del personale mira a consolidare e ulteriormente migliorare alcuni indicatori di attività, in considerazione del riassetto organizzativo di alcune strutture strategiche del Dipartimento.

In particolare si sottolinea la crescente diversificazione tra la componente pediatrica e quella neonatologica, che richiede il necessario supporto come previsto nella DELIBERA N. 461/2024 – Rete neonatologica e punti nascita.

Area dei servizi radiologici: in tale ambito l'adeguamento del personale medico e del comparto risulta strategico nel perseguimento dei seguenti obiettivi:

- garantire il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni erogate a favore dei pazienti ricoverati, così da consentire una riduzione dei tempi di degenza e un incremento del turnover;
- garantire il rispetto dei tempi di attesa in rapporto alla crescente domanda derivante dall'aumento degli accessi di Pronto Soccorso;

Area dei servizi di laboratorio: consolidare la rete regionale dei laboratori di analisi attraverso processi di differenziazione degli esami da effettuare e garantire il rispetto dei tempi di attesa in rapporto alla crescente domanda derivante dall'aumento degli accessi di Pronto Soccorso;

Area dei servizi di supporto: il potenziamento del personale amministrativo mira a ottimizzare i processi di natura tecnico-amministrativa, così da garantire una gestione efficiente delle attività assistenziali.

Si allega Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2025 – 2027 (Allegato 2).

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@aosp.terni.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 esse 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 contemperare 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, spesso 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

La sezione indica gli strumenti e le modalità di monitoraggio, incluse le rilevazioni di soddisfazione degli utenti, delle precedenti sezioni, la periodicità delle rilevazioni ed i soggetti responsabili dei principali processi oggetto di osservazione che integrano il sistema dei controlli interni aziendali.

L'andamento dei servizi sanitari in AOTR viene analizzato sotto molteplici aspetti alcuni dei quali, istituzionalmente previsti, utilizzando set di indicatori definiti a livello centrale o regionale che fanno riferimento tutti a studi di settore sanitario, altri definiti dagli organismi di accreditamento con i quali le strutture aziendali si confrontano volontariamente per il miglioramento continuo dei livelli di qualità offerti dall'ospedale.

A tutte queste misure espressamente richiamate nella sottosezione Valore Pubblico e Performance che avviene secondo le modalità stabilite dal D.lgs. 27 ottobre 2009 n.150, a cui si aggiungono le indicazioni di ANAC ed i controlli di coerenza effettuati dall'Organismo Indipendente di valutazione (OIV), vanno affiancati gli altri strumenti di monitoraggio esterno ed interno aziendale.

MODALITÀ DI MONITORAGGIO

Per quanto attiene il monitoraggio del PIAO - una fase di fondamentale importanza per la quale le amministrazioni sono chiamate a rafforzare il proprio impegno sul monitoraggio effettivo di quanto programmato - lo stesso legislatore concentra l'attenzione sul tema del monitoraggio sia delle singole sezioni che lo compongono, sia dell'intero PIAO. È quindi opportuno configurare un nuovo e particolare modello di monitoraggio inteso come funzionale, integrato e permanente abbandonando l'idea di mero adempimento o, comunque, come fase di minor rilievo rispetto alla progettazione e redazione dei documenti programmatori.

A tal fine si evidenzia l'eterogeneità dei piani e dei programmi in esso assorbiti, ciascuno dei quali porta con sé precipue modalità stabilite all'interno delle norme che li disciplinano. L'attuazione delle politiche, delle strategie e degli obiettivi contenuti nel presente Piano è pertanto assicurata attraverso un sistema di monitoraggio, sia degli strumenti di attuazione in esso contenuti sia dei risultati conseguiti che coinvolgono le diverse componenti dell'Azienda, e riserva particolare attenzione al ruolo attivo di tutti i portatori di interesse, interni ed esterni. La Direzione aziendale, in collaborazione con i Dirigenti, presidia i processi operativi aziendali, monitorando costantemente il raggiungimento degli obiettivi attraverso indicatori, sia generali sia di maggior dettaglio, riferiti ai risultati attesi dal perseguimento delle singole azioni strategiche, in grado di fornire informazioni tempestive e concise sull'andamento dell'attività. Lo scopo della valutazione è di analizzare l'efficacia e l'incisività delle azioni intraprese nonché la loro coerenza con gli obiettivi prefissati e con il contesto di riferimento, in un'ottica di miglioramento continuo sia delle azioni poste in essere sia della capacità di progettarle.

MONITORAGGIO VALORE PUBBLICO

Le opinioni degli utenti vengono raccolte secondo le modalità specificamente indicate dalle procedure e convogliano nelle Relazioni annuali: analisi segnalazioni (informali e formali quali reclami ed elogi), opinioni pervenute tramite i canali previsti dal portale e dalla rete intranet e dai diversi punti di raccolta previsti (es URP, whistleblowing), contributi emersi dagli stakeholders, da segnalazioni riguardanti l'Azienda fatti pervenire ad altri canali (es ANAC, Consiglieri di parità, Regione, Autorità Giudiziaria).

Gli elementi raccolti e analizzati vengono sintetizzati nelle relazioni predisposte dei vari organismi partecipativi o di indirizzo politico ed utilizzati, in ottica di miglioramento continuo, per l'individuazione di nuovi obiettivi e per la predisposizione di iniziative e progetti che vengono gestiti a livello di gruppi di lavoro.

MONITORAGGIO PERFORMANCE

Il sistema di valutazione aziendale si basa sulla performance organizzativa dalla fase di definizione degli obiettivi, alla misurazione in corso d'anno e alla verifica finale dei risultati. Per quanto riguarda la fase di definizione degli obiettivi, il riferimento è ai requisiti metodologici previsti all'art. 5 del D.lgs. 150/2009 e s.m.i., recepiti dall'Azienda nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.

La Valutazione della Performance opera a tutti i livelli organizzativi, in funzione del grado di responsabilità previsto nell'Organigramma Aziendale e negli altri atti organizzativi. Oggetto della valutazione è il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati. La Direzione dell'Azienda, coerentemente alle indicazioni e agli atti della programmazione regionale ed alle proprie valutazioni di contesto, definisce annualmente la strategia aziendale. Successivamente, la Struttura Complessa Controllo di Gestione predispone le opportune schede obiettivo.

Le schede così definite vengono illustrate, discusse, condivise ed infine firmate per accettazione dai Direttori/Responsabili dei centri di responsabilità. Si identifica la retribuzione di risultato legata ad ogni obiettivo attraverso la "pesatura" dei medesimi. Una reportistica periodica verifica il grado di raggiungimento degli obiettivi. L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) procede durante l'anno alla verifica per valutare eventuali criticità nel percorso di raggiungimento degli obiettivi, fermo restando la valutazione finale sul grado di raggiungimento degli obiettivi. In base alle verifiche sopra indicate e ad eventuali osservazioni formalizzate dalle Strutture operative, la Direzione Aziendale può anche autorizzare eventuali modifiche agli obiettivi, qualora sia accertato che siano intervenute rilevanti novità che incidono sulla possibilità di raggiungimento dell'obiettivo o sia constatato che l'obiettivo fosse originariamente non appropriato nella formulazione o nel valore atteso; in caso di successive disposizioni regionali, è facoltà della Direzione ridefinire o integrare gli obiettivi assegnati. Al grado di raggiungimento finale degli obiettivi viene legata in maniera definitiva la corresponsione del saldo, positivo o negativo, della retribuzione di risultato/produttività. La metodologia adottata consente all'O.I.V. di valutare la Performance organizzativa per tutte le Strutture aziendali.

Il ciclo di gestione del rischio si completa con l'attività di monitoraggio, diretta a verificare l'attuazione e l'efficacia delle misure operative e della policy aziendale di prevenzione dei fenomeni corruttivi definite nel Piano. Partecipano all'azione di monitoraggio, oltre al Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza, i Responsabili di struttura coi loro Referenti del Piano e l'O.I.V. nell'ambito dei propri compiti di vigilanza.

Per garantire l'efficace attuazione del Piano e delle relative misure è stato definito un sistema di monitoraggio e aggiornamento, le cui risultanze vengono riportate nella Relazione predisposta dal Responsabile per la prevenzione della corruzione entro il 15 dicembre di ogni anno o diversa data stabilita dall'Autorità Nazionale Anti Corruzione.

Il monitoraggio sull'efficacia delle misure di prevenzione viene effettuato, di norma una volta all'anno (salvo il verificarsi di casi di illecito di rilevante gravità), dal Responsabile prevenzione della corruzione e trasparenza con il coinvolgimento dei Responsabili di Struttura e dei loro Referenti che partecipano al processo di gestione del rischio mediante la compilazione delle specifiche schede di monitoraggio, predisposte dal RPCT e volte ad acquisire dati quantitativi, informazioni, valutazioni e proposte di modifica o di integrazione, utili all'aggiornamento dei documenti cui si riferiscono. Il monitoraggio svolto nel corso dell'anno 2024 non ha evidenziato situazioni di criticità degne di rilievo. Costituiscono ulteriori strumenti di monitoraggio i report annuali predisposti e trasmessi al RPCT dall'Ufficio per i procedimenti disciplinari (con i dati quantitativi e qualitativi delle segnalazioni e dei procedimenti disciplinari), dall'Ufficio URP (riportanti i dati quantitativi e qualitativi dei reclami e delle segnalazioni ricevuti).

Sulla base delle risultanze e della valutazione dei dati, informazioni, proposte e suggerimenti acquisiti in sede di monitoraggio e di quelli ulteriori eventualmente ricevuti (quali, ad es., ottenuti tramite la procedura di whistleblowing o eventi sentinella comunicati da altri soggetti interni od esterni all'azienda, il RPCT predispone la propria Relazione annuale, curandone la trasmissione alla Direzione Generale e all'O.I.V. e la pubblicazione sul Sito internet entro il 15 dicembre di ogni anno o diverso termine stabilito dall'A.N.A.C..

Si precisa che nel corso dell'anno 2025 si procederà - in aggiunta alla valutazione delle misure di prevenzione dei processi risultati a più elevata esposizione al rischio - anche ad un ulteriore monitoraggio sulla base dei seguenti criteri:

- valutazione delle misure di quei processi su cui si siano ricevute segnalazioni prevenute tramite il canale whistleblowing o tramite altri canali;
- valutazione delle misure relative ai processi le cui strutture attuatrici non hanno fatto pervenire al RPCT il modulo di autovalutazione.

Alla corretta attuazione degli obiettivi di trasparenza individuati dalla Legge, concorrono, oltre al Responsabile prevenzione della corruzione e trasparenza e all'O.I.V., i Referenti del Piano e, più complessivamente, tutti gli uffici dell'Amministrazione e i relativi Dirigenti che sono tenuti alla pubblicazione.

In particolare il R.P.C.T. svolge il controllo sull'attuazione del Piano Trasparenza e delle iniziative connesse, riferendo al Direttore Generale e all'O.I.V. su eventuali inadempimenti e ritardi. A tal fine il R.P.C.T. evidenzia e informa delle eventuali carenze, mancanze o non coerenze riscontrate i soggetti responsabili. Spetta all'O.I.V. il compito di attestare l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione relativi alla trasparenza e all'integrità. Il documento di attestazione deve essere prodotto avvalendosi della collaborazione del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza che deve fornire tutte le informazioni necessarie a verificare l'effettività e la qualità dei dati pubblicati.

Sulla base dei dati di monitoraggio circa l'implementazione delle misure di prevenzione, il RPCT suggerisce, nel caso di scostamenti significativi, le iniziative più adeguate.

Oltre ad incontri del RPCT con i Responsabili delle Strutture aziendali interessate (articolazioni aziendali coi processi censiti e mappati nel Piano), è ininterrottamente svolta una costante informazione che tiene conto di:

- a. normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- b. normative sopravvenute che modificano le finalità istituzionali dell'amministrazione;

- c. emersione di rischi non considerati;
- d. nuovi indirizzi o direttive contenuti nei Piani Nazionale Anticorruzione e nelle comunicazioni/disposizioni dell'ANAC.

La collaborazione dei dirigenti delle varie Strutture Organizzative con il RPCT costituisce inoltre uno strumento fondamentale per l'aggiornamento e la verifica periodica dei dati pubblicati. L'applicazione delle misure previste in ordine alla prevenzione della corruzione e della trasparenza è quindi il risultato di un'azione sinergica del RPCT e dei singoli responsabili degli uffici, secondo un processo di ricognizione in sede di formulazione degli aggiornamenti e di monitoraggio della fase di applicazione.

MONITORAGGIO LAVORO AGILE

Per facilitare, anche da remoto, il monitoraggio delle attività svolte in modalità agile e la verifica degli avanzamenti degli obiettivi prefissati, si è prevista l'introduzione di un sistema strutturato che possa supportare il singolo dirigente in una più efficace organizzazione e gestione del lavoro. In tale processo i principali attori sono i Dirigenti che, in qualità di promotori dell'innovazione dei sistemi organizzativi, pongono particolare attenzione all'individuazione delle attività che possono essere svolte da remoto. Il raggiungimento degli obiettivi prefissati avviene allo scopo di migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa. La Rappresentanza Sindacale Unitaria (RSU), insieme a tutte le organizzazioni sindacali, contribuisce alla definizione dei principi alla base delle politiche di regolamentazione e contrattazione collettiva previste per il Lavoro Agile. Si proseguirà come sempre, nel triennio di riferimento, ad attivare le procedure di confronto con le OO.SS. finalizzate alla regolamentazione del lavoro agile, secondo quanto previsto dalle indicazioni nazionali e dai nuovi accordi contrattuali.

MONITORAGGIO ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

In ordine alle attività di monitoraggio relative alla Sottosezione Piano triennale dei fabbisogni di personale, queste sono organizzate in modalità continua e quotidiana. Le stesse sono infatti attuate mediante una verifica dell'andamento del personale in servizio tramite l'aggiornamento volto a registrare tutti i movimenti del personale, in entrata ed in uscita. Il monitoraggio, su base triennale, verifica la coerenza degli obiettivi di performance con le risorse umane e il miglioramento delle competenze del personale.

MONITORAGGIO FORMAZIONE

Analogamente, anche l'attività di monitoraggio relativa alla Formazione del Personale è organizzata in modalità continua e quotidiana, tramite la verifica degli accreditamenti e la rendicontazione degli eventi formativi conclusi durante l'anno di riferimento.

GRIGLIA AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE aggiornata con All. 1) Delibera ANAC 264 del 20/06/2023 come modificato con delibera 601 del 19/12/2023

Sotto-sezione Livello 1	n.	Sotto-sezione livello 2	Norme del D.lgs 33/2013 modificato dal D.lgs 97/2016 e s.m.i	Contenuti dell'obbligo	Pubblicazione/ Aggiornamento	Responsabile della elaborazione/validazione/pubblicazione /monitoraggio
A	B	C	D	E	F	G
1. Disposizioni generali	1.1	Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 6, co. 4, d.l. n. 80/2021	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (link alla sotto-sezione Altri	annuale	RPCT
	1.2	Atti generali	Art. 12	Riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normativa" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni. 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, ivi compresi i codici 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. 7,1. n. 300/1970) Codice di condotta (art. 55 co. 2 decreto legislativo 165/2001).	tempestivo	Responsabili Strutture Complesse che elaborano l'atto
2.Organizzazione	2.1	Organi di indirizzo politico - amministrativo	Art. 13 co. lett. a)	Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze.	tempestivo	Responsabile Struttura Complessa Risorse Umane

			Art. 14 Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo. Curricula. Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica. Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici. Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti. Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti. Dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, 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)]. 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). 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 messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della	tempestivo	Responsabile Struttura Complessa Risorse Umane
			formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegata copia delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €) [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)]. 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)]. Dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione (con copia della dichiarazione annuale relativa ai 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)].		

	2.2	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47	Provvedimenti di erogazione delle sanzioni Amministrative pecuniarie a carico del responsabile della mancata comunicazione per la mancata o incompleta Comunicazione dei dati concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico (di organo di indirizzo politico) al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie, del coniuge e dei parenti entro il secondo grado di parentela, nonché tutti i compensi cui dà diritto	tempestivo	Responsabili Strutture Complesse/Uffici che elaborano l'atto
	2.3	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28 Co. 1	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. Atti e relazioni degli organi di	tempestivo	
	2.4	Articolazione degli uffici	Art. 13 co. 1 lett. B), C)	Articolazione degli uffici. Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche. Competenze e risorse a disposizione di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale.	tempestivo	Responsabile Struttura Complessa Risorse Umane
	2.5	Telefono e posta elettronica	Art. 13 co. 1 lett. D)	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	
3. Consulenti e collaboratori	3.1		Art. 15 co. 1 e 2	Informazioni relative ai titolari di incarichi di collaborazione o consulenza: estremi dell'atto di conferimento dell'incarico; curriculum vitae; i dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali; compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di consulenza o di collaborazione, con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse. (art. 53 co. 14 d.lgs 165/2001)	Entro tre mesi dal conferimento	
4. Personale	4.1	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14 c. lett. A, B, C, D, E, F e c. 1 bis D.lgs. 33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo. Curricula. Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica. Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici. Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti. Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti.	tempestivo	Responsabile Struttura Complessa Risorse Umane
		(dirigenti generali)				

				Dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, 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)]. 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). 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 €) [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)]. 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)]. Dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione (con copia della dichiarazione annuale relativa ai 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)]. Le pubbliche amministrazioni pubblicano i dati di cui al comma 1 dell'art. 14 per i titolari di incarichi o cariche di amministrazione, di direzione o di governo comunque denominati, salvo che siano attribuiti a titolo gratuito, e per i titolari di incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione. Ciascun dirigente comunica all'amministrazione presso la quale presta servizio gli emolumenti complessivi percepiti a carico della finanza pubblica. L'amministrazione pubblica sul proprio sito istituzionale l'ammontare complessivo dei suddetti emolumenti per ciascun dirigente		
--	--	--	--	---	--	--

4.2	Titolari di incarichi dirigenziali	Art. 14 co. 1 lett. b)	Curricula, redatti in conformità al vigente modello europeo.	tempestivo	Responsabile Struttura Complessa Risorse Umane
	(dirigenti non generali)	Art. 14 co. 1, 1bis e 1 ter	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo. Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica. Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici. Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti. Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti. Dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, 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	tempestivo	
			consentano (NB:dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]. 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). 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 €) [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)]. 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)]. Dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione (con copia della dichiarazione annuale relativa ai 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)]. Le pubbliche amministrazioni pubblicano i dati di cui al comma 1 dell'art. 14 per i titolari di incarichi o cariche di amministrazione, di direzione o di governo comunque denominati, salvo che siano attribuiti a titolo gratuito, e per i titolari di incarichi dirigenziali a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli		

			incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione. Ciascun dirigente comunica all'amministrazione presso la quale presta servizio gli emolumenti complessivi percepiti a carico della finanza pubblica. L'amministrazione pubblica sul proprio sito istituzionale l'ammontare complessivo dei suddetti emolumenti per ciascun dirigente		
		Art. 1 co. 2 e 3	Nulla		
4.3	Posizioni di elevata qualificazione	Art. 14 co. 1-quinquies CCNL funzioni locali	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo.	tempestivo	Responsabile Struttura Complessa Risorse Umane
4.4	Dotazione organica	Art. 16 Co. 1 e 2	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. Le pubbliche amministrazioni evidenziano separatamente i dati relativi al costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale	annuale	
4.5	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato ed elenco dei titolari dei contratti a tempo determinato, con l'indicazione delle diverse tipologie di rapporto, della distribuzione di questo personale tra le diverse qualifiche e aree professionali, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico. Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	annuale	
4.6	Tassi di assenza	Art. 16 co. 3	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale.	trimestrale	Responsabile Struttura Complessa
4.7	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti	Art. 18	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente, con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico. (art. 53 co. 14 decreto legislativo 165/2001)	tempestivo	
4.8	Contrattazione collettiva	Art. 21 co. 1	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche. (art. 47 co. 8 decreto legislativo 165/2001)	tempestivo	

	4.9	Contrattazione integrativa	Art. 21 co. 2	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). 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. (art. 55 co. 4 decreto legislativo 150/2009)	tempestivo	responsabile Struttura Complessa Risorse Umane/Responsabile Struttura Complessa Affari Generali e Legali
	4.10	OIV	Art. 10 co 8 lett C)	Nominativi, compensi, curricula.	tempestivo	Responsabile Struttura Complessa Affari Generali e Legali
5.Bandi di concorso	5		Art. 19	Le pubbliche amministrazioni pubblicano i bandi di Concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione, nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte. Le pubbliche amministrazioni pubblicano e tengono costantemente aggiornato l'elenco dei bandi in corso.	tempestivo	Responsabile Struttura Complessa Risorse Umane
6. Performance	6.1	Piano della Performance	Art. 10 co. 8 lett. B)	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, decreto legislativo n. 150/2009). Piano della performance e relazione (art. 10 decreto legislativo 150/2009).	tempestivo	Responsabile Struttura Complessa Controllo di Gestione
	6.2	Relazione sulla Performance	Art. 10 co. 8 lett. B)	Piano della performance e relazione (art. 10 decreto legislativo 150/2009). Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), decreto legislativo n. 150/2009).	tempestivo	
	6.3	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20 Co. 1	Ammontare complessivo stanziato dei premi collegati alla performance. Ammontare dei premi distribuiti.	tempestivo	Responsabile Struttura Complessa Risorse Umane
	6.4	Dati relativi ai premi	Art. 20 co. 2	I criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio e i dati relativi alla sua distribuzione, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi, nonché i dati relativi al grado di differenziazione nell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti.	tempestivo	
	6.5	<i>Benessere organizzativo</i>	<i>Art. 20 co. 3</i>	<i>Norma abrogata dal d.lgs. 97/2016.</i>		

7. Enti controllati	7.1	Enti pubblici vigilati	Art. 22 co. 1 lett. A)	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	Responsabile Struttura Complessa Economico Finanziario
			Art. 22 – co. 2 e 3	I dati relativi alla ragione sociale, alla misura della eventuale partecipazione dell'amministrazione, alla durata dell'impegno, all'onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione, al numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo, al trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante, ai risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari. Sono altresì pubblicati i dati relativi agli incarichi di amministratore dell'ente e il relativo trattamento economico complessivo Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici	annuale	Responsabile Struttura Complessa Economico Finanziario
	7.2	Società partecipate	Art 22 Co. 1 lett. B)	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.	annuale	Responsabile Struttura Complessa Economico Finanziario
			Art. 22 co 1 lett D) -bis	I 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.		
			Art. 22 co 2 e 3	I dati relativi alla ragione sociale, alla misura della eventuale partecipazione dell'amministrazione, alla durata dell'impegno, all'onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione, al numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo, al trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante, ai risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari. Sono altresì pubblicati i dati relativi agli incarichi di amministratore dell'ente e il relativo trattamento economico complessivo Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici.	annuale	
		Enti di diritto privato controllati	Art. 22 CO.1 lett. C)	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	

	7.3		Art. 22 co 2 e 3	I dati relativi alla ragione sociale, alla misura della eventuale partecipazione dell'amministrazione, alla durata dell'impegno, all'onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione, al numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo, al trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante, ai risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari. Sono altresì pubblicati i dati relativi agli incarichi di amministratore dell'ente e il relativo trattamento economico complessivo. Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici.	annuale
	7.4	Rappresentazio ne grafica	Art. 22 co.1 lett d)	Art. 229 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.	
8. Attività e procedimenti	8.1	<i>Dati aggregati attività amministrativa</i>	Art. 9-bis	<i>Le pubbliche amministrazioni titolari delle banche dati di cui all'Allegato B del d.lgs. 33/2013 pubblicano i dati, contenuti nelle medesime banche dati, corrispondenti agli obblighi di pubblicazione di cui al d.lgs 33/2013, indicati nel medesimo.</i>	<i>Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs.97/2016</i>
	8.2	Tipologie di procedimento	Art. 35 Co. 1	Le pubbliche amministrazioni pubblicano i dati relativi alle tipologie di procedimento di propria competenza. Per ciascuna tipologia di procedimento sono pubblicate le seguenti informazioni: a) Una breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili; b) l'unità organizzativa responsabile dell'istruttoria; c) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale, nonché, 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;	

				d) per i procedimenti ad istanza di parte, gli atti e i documenti da allegare all'istanza e la modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni, anche se la produzione a corredo dell'istanza è prevista da norme di legge, regolamenti o atti pubblicati nella Gazzetta Ufficiale, nonché gli uffici ai quali rivolgersi per informazioni, gli orari e le modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale, a cui presentare le istanze; e) le modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano; f) il 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; g) i 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; h) gli strumenti di tutela, amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento e 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; i) il link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o i tempi previsti per la sua attivazione; l) le modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con le informazioni di cui all'articolo 36; m) il nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché le modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale;	tempestivo	Responsabili Strutture Complesse che elaborano l'atto
	8.3	Monitoraggio tempi procedurali	Art. 24 co 2	Norma abrogata dal d.lgs. 97/2016.		
	8.4	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art.35 comma 3	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 precedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive.	tempestivo	Responsabile Struttura Complessa Affari Generali e Legali
9. Provvedimenti	9.1	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23 lett.d	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre	semestrale	
	9.2	Provvedimenti dirigenti	Art. 23 lett.d)	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre	tempestivo	
10. Controlli sulle imprese				Norma abrogata dal d.lgs. 97/2016.		

11. Bandi di gara e contratti	11	Bandi di gara e contratti	Art. 30, d.lgs. 36/2023 Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalle SA e enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività.	tempestivo	Responsabile Struttura Complessa Provveditorato Economato
			"ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023 Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 4, co. 3)"	Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incompiute nonché alla gestione delle stesse NB: Ove l'avviso è pubblicato nella apposita sezione del portale web del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, la pubblicazione in AT è assicurata mediante link al portale MIT	tempestivo	
			ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023 Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 5, co. 8; art. 7, co. 4)	Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici, per assenza di lavori Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale degli acquisti di forniture e servizi, per assenza di acquisti di forniture e servizi.	tempestivo	Responsabile Struttura Complessa Provveditorato Economato
			Art. 168, d.lgs. 36/2023 Procedure di gara con sistemi di qualificazione	Atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema.	tempestivo	
			Art. 169, d.lgs. 36/2023 Procedure di gara regolamentate Settori speciali	Obbligo applicabile alle imprese pubbliche e ai soggetti titolari di diritti speciali esclusivi Atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali).	tempestivo	
			Art. 11, co. 2- quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020 Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico	Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico Elenco annuale dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale	tempestivo	
	PER OGNI SINGOLA PROCEDURA DI AFFIDAMENTO INSERIRE IL LINK ALLA BDNCP CONTENENTE I DATI E LE INFORMAZIONI COMUNICATI DALLA S.A. E PUBBLICATI DA ANAC AI SENSI DELLA DELIBERA N. 261/2023 PER CIASCUNA PROCEDURA SONO PUBBLICATI INOLTRE I SEGUENTI ATTI E DOCUMENTI (NOTA*)					

		FASE	RIFERIMENTO NORMATIVO	CONTENUTO DELL'OBBLIGO	AGGIORNAMENTO	
		Pubblicazione	Art. 40, co. 3 e co. 5, d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico (da intendersi riferito a quello facoltativo) Allegato I.6 al d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico obbligatorio	1) Relazione sul progetto dell'opera (art. 40, co. 3 codice e art. 5, co. 1, lett. a) e b) allegato) 2) Relazione conclusiva redatta dal responsabile del dibattito (con i contenuti specificati dall'art. 40, co. 5 codice e art. 7, co. 1 dell'allegato) 3) Documento conclusivo redatto dalla SA sulla base della relazione conclusiva del responsabile (solo per il dibattito pubblico obbligatorio) ai sensi dell'art. 7, co. 2 dell'allegato Per il dibattito pubblico obbligatorio, la pubblicazione dei documenti di cui ai nn. 2 e 3, è prevista sia per le SA sia per le amministrazioni locali interessate dall'intervento	Tempestivo	Responsabile Struttura Complessa Provveditorato Economato
			Art. 82, d.lgs. 36/2023 Documenti di gara Art. 85, co. 4, d.lgs. 36/2023 Pubblicazione a livello nazionale (cfr. anche l'Allegato II.7)	Documenti di gara. Che comprendono, almeno: Delibera a contrarre Bando/avviso di gara/lettera di invito Disciplinare di gara/lettera di gara Capitolato speciale Condizioni contrattuali proposte	Tempestivo	
		Affidamento	Art. 28, d.lgs. 36/2023 Trasparenza dei contratti pubblici	Composizione delle commissioni giudicatrici e CV dei componenti	Tempestivo	Responsabile Struttura Complessa Provveditorato Economato
			Art. 47, co. 2, e 9 d.l. 77/2021, convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 D.P.C.M. 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023)	<u>Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati:</u> Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile redatto dall'operatore economico, tenuto alla sua redazione ai sensi dell'art. 46, decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (operatori economici che occupano oltre 50 dipendenti). Il documento è prodotto, a pena di esclusione, al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta	Da pubblicare successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	

			Art. 10, co. 5; art. 14, co. 3; art. 17, co. 2; art. 24; art. 30, co. 2; art. 31, co. 1 e 2; D.lgs. 201/2022 Riordino della disciplina dei servizi pubblici locali di rilevanza economica	Procedure di affidamento dei servizi pubblici locali: 1) deliberazione di istituzione del servizio pubblico locale (art. 10, co. 5); 2) relazione contenente la valutazione finalizzata alla scelta della modalità di gestione (art. 14, co. 3); 3) Deliberazione di affidamento del servizio a società in house (art. 17, co. 2) per affidamenti sopra soglia del servizio pubblico locale, compresi quelli nei settori del trasporto pubblico locale e dei servizi di distribuzione di energia elettrica e gas naturale; 4) contratto di servizio sottoscritto dalle parti che definisce gli obblighi di servizio pubblico e le condizioni economiche del rapporto (artt. 24 e 31 co. 2); 5) relazione periodica contenente le verifiche periodiche sulla situazione gestionale (art. 30, co. 2)	Tempestivo	
		Esecutiva	Art. 215 e ss. e All. V.2, d.lgs 36/2023 Collegio consultivo tecnico	Composizione del Collegio consultivo tecnici (nominativi) CV dei componenti	Tempestivo	
12. Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	12.1	Criteri e modalità	Art. 26 CO. 1	Regolamenti con i quali sono determinati criteri e modalità 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	Responsabile Struttura Complessa Affari Generali e Legali
	12.2	Atti di concessione	Art. 26 co. 2	Deliberazioni e determinazioni di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a 1.000 euro.	tempestivo	
			Art. 27	Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati. Per ciascuno: nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario; importo del vantaggio economico corrisposto; norma e titolo a base dell'attribuzione; ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo; modalità seguita per l'individuazione del beneficiario; link al progetto selezionato; link al curriculum del soggetto incaricato.	annuale	

13. Bilanci	13.1	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29 co 1 e 1bis	Le pubbliche amministrazioni pubblicano i documenti e gli allegati del bilancio preventivo e del conto consuntivo entro trenta giorni dalla loro adozione, nonché i dati relativi al bilancio di previsione e a quello consuntivo in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche, al fine di assicurare la piena accessibilità e comprensibilità. Le pubbliche amministrazioni pubblicano e rendono accessibili, anche attraverso il ricorso ad un portale unico, i dati relativi alle entrate e alla spesa di cui ai propri bilanci preventivi e consuntivi in formato tabellare aperto che ne consenta l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo, secondo uno schema tipo e modalità definiti con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri da adottare sentita la Conferenza unificata.	Tempestivo	Responsabile Struttura Complessa Economico Finanziario
	13.2	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio	Art. 29 co 2	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	Responsabile Struttura Complessa Economico Finanziario
14. Beni immobili e gestione patrimonio	14.1	Patrimonio immobiliare	Art. 30	Le pubbliche amministrazioni pubblicano le informazioni identificative degli immobili posseduti e di quelli detenuti, nonché i canoni di locazione o di affitto versati o percepiti.	tempestivo	Responsabile Struttura Complessa Provveditorato Economato
	14.2	Canoni di locazione o affitto	Art. 30	Le pubbliche amministrazioni pubblicano le informazioni identificative degli immobili posseduti e di quelli detenuti, nonché i canoni di locazione o di affitto versati o percepiti.	tempestivo	Responsabile Struttura Complessa Provveditorato Economato
15. Controlli e rilievi sull'amministrazione	15		Art. 31	Le pubbliche amministrazioni pubblicano gli atti degli organismi indipendenti di valutazione o nuclei di valutazione, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti. Pubblicano, inoltre, la relazione degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio nonché tutti i rilievi ancorché non recepiti della Corte dei conti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici.	tempestivo	Responsabile Struttura Complessa Affari Generali e Legali
16. Servizi erogati	16.1	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32 co 1	Le pubbliche amministrazioni e i gestori di pubblici servizi pubblicano la carta dei servizi o il documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici.	tempestivo	Responsabile Struttura Semplice Dipartimentale Formazione Qualità Comunicazione
	16.2	Costi contabilizzati	Art. 32 co. 2 lett. a)	Le pubbliche amministrazioni e i gestori di pubblici servizi, individuati i servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi pubblicano: i costi contabilizzati e il relativo andamento nel tempo.	annuale	

			Art.10 co. 5	Ai fini della riduzione del costo dei servizi, dell'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, nonché del conseguente risparmio sul costo del lavoro, le pubbliche amministrazioni provvedono annualmente ad individuare i servizi erogati, agli utenti sia finali che intermedi, ai sensi dell'art. 10 co. 5 del d.lgs. 279/1997. Le amministrazioni provvedono altresì alla contabilizzazione dei costi e all'evidenziazione dei costi effettivi e di quelli imputati al personale per ogni servizio erogato nonché al monitoraggio del loro andamento nel tempo pubblicando i relativi dati ai sensi dell'art. 32 del d.lgs. 33/2013		Responsabile Struttura Complessa Economico Finanziario Responsabile Struttura Complessa Controllo di Gestione
	16.3	Tempi medi di erogazione dei servizi	Art. 32 co. 2 lett. a)	Le pubbliche amministrazioni e i gestori di pubblici servizi, individuati i servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi pubblicano: i costi contabilizzati e il relativo andamento nel tempo	annuale	Responsabile Struttura Complessa Economico Finanziario Responsabile Struttura Complessa Controllo di Gestione
	16.4	Liste di attesa	Art. 41 co. 6	Gli enti, le aziende e le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario sono tenuti ad indicare nel proprio sito, in una apposita sezione denominata «Liste di attesa», i criteri di formazione delle liste di attesa, i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.		Responsabile Struttura Complessa Direzione Medica
17. Pagamenti dell'amministrazione	17.1	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33	Le pubbliche amministrazioni pubblicano, con cadenza annuale, un indicatore dei propri tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture, denominato «indicatore annuale di tempestività dei pagamenti», nonché l'ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici. A decorrere dall'anno 2015, con cadenza trimestrale, le pubbliche amministrazioni pubblicano un indicatore, avente il medesimo oggetto, denominato «indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti», nonché l'ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici. Gli indicatori sono elaborati e pubblicati, anche attraverso il ricorso a un portale unico, secondo uno schema tipo e modalità definiti con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri da adottare sentita la Conferenza unificata.	Annuale	

	17.2	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36	Le pubbliche amministrazioni pubblicano e specificano nelle richieste di pagamento i dati e le informazioni di cui all'art. 5 del d.lgs. 82/2005. 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. Le pubbliche amministrazioni sono obbligate ad accettare, tramite la piattaforma tecnologica per l'interconnessione e l'interoperabilità tra le pubbliche amministrazioni, i pagamenti spettanti a qualsiasi titolo attraverso sistemi di pagamento elettronico, ivi inclusi, per i micro-pagamenti, quelli basati sull'uso del credito telefonico. Resta ferma la possibilità di accettare anche altre forme di pagamento elettronico, senza discriminazione in relazione allo schema di pagamento abilitato per ciascuna tipologia di strumento di pagamento elettronico come definita ai sensi dell'articolo 2, punti 33), 34) e 35) del regolamento UE 2015/751 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2015 relativo alle commissioni interbancarie sulle operazioni di pagamento basate su carta.	Tempestivo	Responsabile Struttura Complessa Economico Finanziario
18. Opere pubbliche	18		Art. 38	Le pubbliche amministrazioni pubblicano le informazioni relative alla verifica degli investimenti pubblici di cui all'art. 1 della legge 144/1999, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi. Fermi restando gli obblighi di pubblicazione di cui all'art. 21 del d.lgs. 50/2016, le pubbliche amministrazioni pubblicano tempestivamente gli atti di programmazione delle opere pubbliche, nonché le informazioni relative ai tempi, ai costi unitari e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate. Le informazioni sono pubblicate sulla base di uno schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e delle finanze d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione, che ne curano altresì la raccolta e la pubblicazione nei propri siti	tempestivo	

				web istituzionali al fine di consentirne una agevole comparazione. Art. 21 co. 1 e 4 del d.lgs. 50/2016: Le amministrazioni aggiudicatrici e gli enti aggiudicatori pubblicano, nel proprio profilo del committente, i progetti di fattibilità relativi alle grandi opere infrastrutturali e di architettura di rilevanza sociale, aventi impatto sull'ambiente, sulle città e sull'assetto del territorio, nonché gli esiti della consultazione pubblica, comprensivi dei resoconti degli incontri e dei dibattiti con i portatori di interesse. I contributi e i resoconti sono pubblicati, con pari evidenza, unitamente ai documenti predisposti dall'amministrazione e relativi agli stessi lavori. Gli esiti del dibattito pubblico e le osservazioni raccolte sono valutate in sede di predisposizione del progetto definitivo e sono discusse in sede di conferenza di servizi relativa all'opera sottoposta al dibattito pubblico.		Responsabile Struttura Complessa Tecnico Patrimoniale e Ingegneria Clinica
		Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici		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)		
		Atti di programmazione e delle opere pubbliche		Atti di programmazione delle opere pubbliche (link 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. 228/2011, (per i Ministeri)		
		Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche		Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate		

19. Pianificazione e governo del territorio	19		Art. 39 Da pubblicare in Tabelle	Le pubbliche amministrazioni pubblicano gli 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; La documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica d'iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente, nonché delle proposte di trasformazione urbanistica d'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 è pubblicata in una sezione apposita nel sito del comune interessato, continuamente aggiornata.	tempestivo	Responsabile Struttura Complessa Tecnico Patrimoniale e Ingegneria Clinica
20. Informazioni ambientali	20		Art. 40 c. 2	In materia di informazioni ambientali restano ferme le disposizioni di maggior tutela già previste dall'art. 3- sexies del d.lgs. 152/2006, dalla legge 108/2001 e dal d.lgs. 195/2005. Le amministrazioni pubblicano, sui propri siti istituzionali le informazioni ambientali di cui all'art. 2 co. 1 lett. a) del d.lgs. 195/2005, che detengono ai fini delle proprie attività istituzionali, nonché le relazioni di cui all'articolo 10 del medesimo decreto legislativo. Ai sensi dell'Art. 2 co. 1 lett. a) del d.lgs. 195/2005 per «informazione ambientale» si intende qualsiasi informazione disponibile in forma scritta, visiva, sonora, elettronica od in qualunque altra forma materiale concernente: lo stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali,	tempestivo	Responsabile Struttura Complessa Tecnico Patrimoniale e Ingegneria Clinica
				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; 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, individuati al numero 1); le 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 di cui ai numeri 1) e 2), e le misure o le attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi; le relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale; le analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche, usate nell'ambito delle misure e delle attività di cui al numero 3); lo 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		

			Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	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		Responsabile Struttura Complessa Tecnico Patrimoniale e Ingegneria Clinica
			Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse		
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale		
			Stato della salute e della sicurezza umana	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		
			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		
21. Strutture sanitarie private accreditate			<i>Art. 41 co 4</i>	<i>È pubblicato e annualmente aggiornato l'elenco delle strutture sanitarie private accreditate. Sono altresì pubblicati gli accordi con esse intercorsi.</i>	<i>nulla</i>	
22. Interventi straordinari e di emergenza	22		Art. 42	Le pubbliche amministrazioni che adottano provvedimenti contingibili e urgenti e in generale provvedimenti di carattere straordinario in caso di calamità naturali o di altre emergenze, ivi comprese le amministrazioni commissariali e straordinarie, pubblicano: a) i provvedimenti adottati, con la indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti; b) i termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari; c) il costo previsto degli interventi e il costo effettivo sostenuto dall'amministrazione.	tempestivo	Responsabile Struttura Complessa Tecnico Patrimoniale e Ingegneria Clinica
23. Altri contenuti		Anticorruzione			tempestivo	
				Responsabile della prevenzione della corruzione e per la trasparenza. Piano triennale per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità. Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno). Altri atti e documenti richiesti dall'ANAC. Accesso civico		

	23		Contenuti definiti a discrezione dell'amministrazione o in base a disposizioni legislative o regolamentari, regionali o locali	Nome del Responsabile 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. 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 Accessibilità e dati aperti: Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati. Catalogo dei dati e dei metadati in possesso delle amministrazioni, che si intendono rilasciati come dati di tipo aperto. Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per Panno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno). Spese di rappresentanza: Altro 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.		
	25	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90 Art. 5, c. 2, d.lgs. 33/2013 Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)		tempestivo	
	26		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	
	27		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	
	28		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	tempestivo	

RPCT

	29	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16 Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005 Art. 9, c. 7, DL n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012 n. 221	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dat.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	tempestivo	
			Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	tempestivo	Responsabili Strutture Complesse che elaborano l'atto
			Obiettivi di accessibilità	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	tempestivo	Responsabili Strutture Complesse che elaborano l'atto
		Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	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	tempestivo	Responsabili Strutture Complesse che elaborano l'atto
				Attuazione misure PNRR	tempestivo	RUP dell'intervento

**nota --> su indicazione dell'ANAC nella delibera 605/2023 per la pubblicazione in materia di contratti pubblici bisogna distinguere ulteriormente tra:*

1. Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ed esecuzione conclusa entro il 31 dicembre 2023 :Per queste fattispecie, disciplinate dal d.lgs. 50/2016 o dal d.lgs. 36/2023, la pubblicazione di dati, documenti e informazioni in AT, sottosezione "Bandi di gara e contratti", avviene secondo le indicazioni ANAC di cui all'Allegato 9) al PNA 2022. Ciò in considerazione del fatto che il nuovo Codice prevede che le disposizioni in materia di pubblicazione di bandi e avvisi e l'art. 29 del vecchio Codice continuano ad applicarsi fino al 31 dicembre 2023 (art. 225, co. 1 e 2 d.lgs. 36/2023). Rimane ferma anche la pubblicazione tempestiva, quindi per ogni procedura di gara, dei dati elencati all'art. 1, co. 32 della legge 190/2012, con esclusione invece delle tabelle riassuntive in formato digitale standard aperto e della comunicazione ad ANAC dell'avvenuta pubblicazione dei dati e della URL. Si ribadisce, da ultimo, che i dati da pubblicare devono riferirsi a ciascuna procedura contrattuale in modo da avere una rappresentazione sequenziale di ognuna di esse, dai primi atti alla fase di esecuzione.

2. Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data del 31 dicembre 2023 Per queste ipotesi, l'Autorità ha adottato con Delibera n. 582 del 13 dicembre 2023, d'intesa con il MIT, un comunicato relativo all'avvio del processo di digitalizzazione e a cui si rinvia anche per i profili attinenti all'assolvimento degli obblighi di trasparenza .

TETTO DI SPESA aziendale per il personale di cui alla DGR 581/2021	€
TETTO DI SPESA aziendale TEMPO DETERMINATO <i>ai sensi dell'art. 44 ter DL 19/2024</i> <i>dirigenza medica e personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario</i>	€
TETTO DI SPESA aziendale TEMPO DETERMINATO <i>ai sensi dell'art. 44 ter DL 19/2024</i> <i>dirigenza sanitaria, veterinaria, PTA e personale non dirigenziale appartenente ai profili professionale, tecnico, amministrativo</i>	€

	Posti coperti al 31.12.2024			ANNO 2025				ANNO 2026				ANNO 2027			
	Tempo Indeterminato	Tempo determinato		Assunzioni 2025				Assunzioni 2026				Assunzioni 2027			
		Contingente complessivo	di cui in sostituzione	ordinarie	Stabilizzazioni	legge 68/99	progressioni tra le AREE	ordinarie	Stabilizzazioni	legge 68/99	progressioni tra le AREE	ordinarie	Stabilizzazioni	legge 68/99	progressioni tra le AREE
RUOLO SANITARIO															
DIRIGENZA															
DIRIGENTI MEDICI STRUTTURA COMPLESSA	15			6				3							
DIRIGENTI MEDICI	342	23	4	31	2			11				5			
DIRIGENTI VETERINARI STRUTTURA COMPLESSA															
DIRIGENTI VETERINARI															
DIRIGENTI FARMACISTI STRUTTURA COMPLESSA	1														
DIRIGENTI FARMACISTI	5				1										
DIRIGENTI BIOLOGI STRUTTURA COMPLESSA	1														
DIRIGENTI BIOLOGI	11	2		1											
DIRIGENTI CHIMICI STRUTTURA COMPLESSA															
DIRIGENTI CHIMICI															
DIRIGENTI PSICOLOGI STRUTTURA COMPLESSA				1											
DIRIGENTI PSICOLOGI	3				1										
DIRIGENTI FISICI STRUTTURA COMPLESSA															
DIRIGENTI FISICI	3	1		1	1										
DIRIGENTI DELLE PROFESSIONI SANITARIE STRUTTURA COMPLESSA															
DIRIGENTI DELLE PROFESSIONI SANITARIE		1		1	1										
COMPARTO - Area del Personale di Elevata Qualificazione															
Prof. Sanitarie Infermieristiche - INFERMIERI															
Prof. Sanitarie Infermieristiche - INFERMIERI PEDIATRICI															
Prof. Sanitaria Ostetrica - OSTETRICHE															
Prof. Tecnico sanitarie - DIETISTE															
Prof. Tecnico sanitarie - IGIENISTI DENTALI															
Prof. Tecnico sanitarie - ODONTOTECNICI															
Prof. Tecnico sanitarie - OTTICI															
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI AUDIOMETRISTI															
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI AUDIOPROTESISTA															
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI DELLA FISIOPAT. CARD. E PERF. CARDIO.															
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI DI ANATOMIA PATOLOGICA															
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI DI NEUROFISIOPATOLOGIA															
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI ORTOPEDICI															
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI SANITARI DI LABORATORIO BIOMEDICO															
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIA MEDICA															
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - EDUCATORI PROFESSIONALI															
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - FISIOTERAPISTI															
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - LOGOPEDISTI															
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - MASSAGGIATORI NON VEDENTI															
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - ORTOTTISTI															
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - PODOLOGI															
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - TECNICI RIABILITAZIONE PSICHIATRICA															
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - TERAPISTI NEUROPSICOMOTR ETA' EVOL.															
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - TERAPISTI OCCUPAZIONALI															
Prof. Sanitarie della Prevenzione - ASSISTENTI SANITARI															
Prof. Sanitarie della Prevenzione - TECNICI PREVENZIONE LUOGHI DI LAVORO															

COMPARTO - Area dei Professionisti della Salute																
Prof. Sanitarie Infermieristiche - INFERMIERI	786	24	12	37	5			5					5			
Prof. Sanitarie Infermieristiche - INFERMIERI PEDIATRICI	1															
Prof. Sanitaria Ostetrica - OSTETRICHE	28	4	3	2	3			5					3			
Prof. Tecnico sanitarie - DIETISTE	4															
Prof. Tecnico sanitarie - IGIENISTI DENTALI																
Prof. Tecnico sanitarie - ODONTOTECNICI																
Prof. Tecnico sanitarie - OTTICI																
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI AUDIOMETRISTI	1															
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI AUDIOPROTESISTA																
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI DELLA FISIOPAT. CARD. E PERF. CARDIO.	3			1				1								
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI DI ANATOMIA PATOLOGICA																
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI DI NEUROFISIOPATOLOGIA	6			1												
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI ORTOPEDICI																
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI SANITARI DI LABORATORIO BIOMEDICO	54	3	2	5	1			5					2			
Prof. Tecnico sanitarie - TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIA MEDICA	74	1	1	2									1			
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - EDUCATORI PROFESSIONALI	2															
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - FISIOTERAPISTI	15												1			
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - LOGOPEDISTI	2				1											
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - MASSAGGIATORI NON VEDENTI	1															
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - ORTOTTISTI	2															
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - PODOLOGI	1															
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - TECNICI RIABILITAZIONE PSICHIATRICA																
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - TERAPISTI NEUROPSICOMOTR ETA' EVOL.																
Prof. Sanitarie della Riabilitazione - TERAPISTI OCCUPAZIONALI																
Prof. Sanitarie della Prevenzione - ASSISTENTI SANITARI																
Prof. Sanitarie della Prevenzione - TECNICI PREVENZIONE LUOGHI DI LAVORO																
COMPARTO - Area degli Assistenti (profili residuali ove ancora esistenti)																
INFERMIERI GENERICI																
PUERICULTRICI																
TECNICI DI RADIOLOGIA MEDICA																
TOTALE RUOLO SANITARIO	1.361	59	22	89	16	0	0	30	0	0	0	17	0	0	0	0
RUOLO PROFESSIONALE																
DIRIGENZA																
DIRIGENTI PROFESSIONALI (specificare eventuali altri profili professionali)																
DIRIGENTI ARCHITETTO																
DIRIGENTI AVVOCATO																
DIRIGENTI INGEGNERI STRUTTURA COMPLESSA																
DIRIGENTI INGEGNERI		1						1								
COMPARTO - Area del Personale di Elevata Qualificazione																
COLLABORATORI PROFESSIONALI DI E.Q. (specificare eventuali altri profili professionali)																
SPECIALISTA DELLA COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE																
SPECIALISTA NEI RAPPORTI CON I MEDIA - GIORNALISTA PUBBLICO																
COMPARTO - Area dei Funzionari																
COLLABORATORI PROFESSIONALI (specificare eventuali altri profili professionali)																
SPECIALISTA DELLA COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE																
SPECIALISTA NEI RAPPORTI CON I MEDIA - GIORNALISTA PUBBLICO																
ASSISTENTI RELIGIOSI	2															
TOTALE RUOLO PROFESSIONALE	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0

RUOLO TECNICO																
DIRIGENZA																
DIRIGENTI TECNICI (specificare eventuali altri profili professionali)																
DIRIGENTI AGRONOMI																
DIRIGENTI ANALISTI																
DIRIGENTI ASSISTENTI SOCIALI																
DIRIGENTI SOCIOLOGI																
DIRIGENTI STATISTICI			1													
COMPARTO - Area del Personale di Elevata Qualificazione																
COLLABORATORI TECNICI DI E.Q. (specificare eventuali altri profili professionali)					1											
CONTABILI																
GEOMETRI																
INFORMATICI																
INGEGNERI																
PROGRAMMATORI																
STATISTICI																
COMPARTO - Area dei Funzionari																
COLLABORATORI TECNICI (specificare eventuali altri profili professionali)		7						3	1							
CONTABILI																
GEOMETRI																
INFORMATICI																
INGEGNERI																
PROGRAMMATORI																
STATISTICI																
COMPARTO - Area degli Assistenti																
ASSISTENTI TECNICI (specificare eventuali altri profili professionali)		6			1			10					1			
ADDETTI GUIDA /MAN.MEZZI 118																
ADDETTI MANUTENZIONE GESTIONE APP. ELETTROMED.																
ASSISTENTI INFORMATICI																
AUTISTI SOCCORRITORI		6	2	2												
CONTABILI																
GEOMETRI																
MANUTENTORI																
PERITI TERMOMECCANICI																
PROGRAMMATORI		1														
TECNICI DISINFETTORI																
VIDEOTERMINALISTI																
COMPARTO - Area degli Operatori																
OPERATORI TECNICI SPECIALIZZATI (specificare eventuali altri profili professionali)		9			6			22								
AUTISTI DI AMBULANZE					1				2							
COMPARTO - Area del Personale di Supporto																
OPERATORI TECNICI (specificare eventuali altri profili professionali)		23														
ADDETTI ALL'ASSISTENZA OTA																
AUSILIARI SPECIALIZZATI		30														
TOTALE RUOLO TECNICO		82	3	2	9	0	0	35	3	0	0	0	1	0	0	0
RUOLO SOCIO-SANITARIO																

COMPARTO - Area del Personale di Elevata Qualificazione																
ASSISTENTI SOCIALI DI E.Q.																
COMPARTO - Area dei Funzionari																
ASSISTENTI SOCIALI																
COMPARTO - Area degli Operatori																
OPERATORI SOCIO SANITARI	179	2		7	2			18					9			
TOTALE RUOLO SOCIO-SANITARIO	179	2	0	7	2	0	0	18	0	0	0	0	9	0	0	0
RUOLO AMMINISTRATIVO																
DIRIGENZA																
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI DI STRUTTURA COMPLESSA	3															
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI		1			1											
COMPARTO - Area del Personale di Elevata Qualificazione																
COLLABORATORI AMMINISTRATIVO-PROFESSIONALI DI E.Q.				1												
COMPARTO - Area dei Funzionari																
COLLABORATORI AMMINISTRATIVO-PROFESSIONALI	21	14	2	4	1			2					1			
COMPARTO - Area degli Assistenti																
ASSISTENTI AMMINISTRATIVI	8			6				4	2				1			
COMPARTO - Area degli Operatori																
COADIUTORI AMMINISTRATIVI SENIOR	4							12								
COMPARTO - Area del Personale di Supporto																
COADIUTORI AMMINISTRATIVI	9															
COMMESSI	2															
TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO	47	15	2	11	2	0	16	4	0	0	0	0	2	0	0	0
TOTALE GENERALE	1.671	80	26	116	20	0	51	56	0	0	0	0	29	0	0	0

PIANO FABBISOGNO PERSONALE TRIENNIO 2025 - 2027

Tabella 1.a - dettaglio sulle
previste coperture delle
Strutture Complesse 2025

DIRIGENTI MEDICI STRUTTURA COMPLESSA OSPEDALIERE			
di cui è prevista la copertura nel corso del 2025 - come risulta da Tabella 1 PTFP 2025-2027			
n°	nella specialità di	Struttura di destinazione (se nota)	probabile trimestre di copertura *
1	RADIOLOGICA	S.C. NEURORADIOLOGIA	4° Trim
1	RADIOLOGICA	S.C. RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	4° Trim
1	MEDICINA TRASFUSIONALE	S.C. IMMUNOLOGIA E TRASFUSIONALE	1° Trim
1	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	S.C. DIREZIONE MEDICA	3° Trim
1	MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO	S.C. PNEUMOLOGIA	4° Trim
1	CHIRURGIA DELLA MANO	S.C. CHIRURGIA DELLA MANO	4° Trim
6	NUMERO TOTALE COPERTURE PREVISTE NEL PTFP PER L'ANNO 2025		

DIRIGENTI MEDICI STRUTTURA COMPLESSA UNIVERSITARIE			
di cui è prevista la copertura nel corso del 2025 <i>(da indicare anche se non ricomprese nella Tabella 1)</i>			
n°	nella specialità di	Struttura di destinazione (se nota)	probabile trimestre di copertura *
1	DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA	S.C. UNIV. DERMATOLOGIA	4° Trim
1	MALATTIE INFETTIVE	S.C. UNIV. MALATTIE INFETTIVE	4° Trim
1	GASTROENTEROLOGIA	S.C. UNIV. GASTROENTEROLOGIA E ENDOSCOPIA DIGESTIVA	4° Trim
1	CARDIOLOGIA	S.C. UNIV. CARDIOLOGIA	4° Trim
1	OTORINOLARINGOIATRIA	S.C. UNIV. OTORINOLARINGOIATRIA	4° Trim
5	NUMERO TOTALE COPERTURE PREVISTE NELL'ANNO 2025		

DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI STRUTTURA COMPLESSA			
di cui è prevista la copertura nel corso del 2025 - come risulta da Tabella 1 PTFP 2025-2027			
n°	nella specialità di	Struttura di destinazione (se nota)	probabile trimestre di copertura *
1	PSICOLOGIA	S.C. DI PSICOLOGIA	4° Trim
1	NUMERO TOTALE COPERTURE PREVISTE NEL PTFP PER L'ANNO 2025		

DIRIGENTI PROFESSIONALI TECNICI AMMINISTRATIVI STRUTTURA COMPLESSA			
di cui è prevista la copertura nel corso del 2025 - come risulta da Tabella 1 PTFP 2025-2027			
n°	nella specialità di	Struttura di destinazione (se nota)	probabile trimestre di copertura *
0	NUMERO TOTALE COPERTURE PREVISTE NEL PTFP PER L'ANNO 2025		

PIANO FABBISOGNO PERSONALE TRIENNIO 2025 - 2027

Tabella 1.b - dettaglio sui
previsti reclutamenti 2025
dei Dirigenti Medici

DIRIGENTI MEDICI			
di cui è prevista l'assunzione nel corso del 2025 - come risulta da Tabella 1 PTFP 2025-2027			
n°	nella specialità di	Struttura di destinazione (se nota)	probabile trimestre di assunzione *
3	MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	S.C. PNEUMOLOGIA	2°/3°/4° Trim
3	MEDICINA D'EMERGENZA URGENZA	S.C. PRONTO SOCCORSO	1°/2°/4° Trim
2	MEDICINA D'EMERGENZA URGENZA	S.C. MEDICINA D'URGENZA	1°/2° Trim
2	GASTROENTEROLOGIA	S.C. UNIV. GASTROENTEROLOGIA E ENDOSCOPIA DIGESTIVA	2°/ 4° Trim
2	NEFROLOGIA	S.C. NEFROLOGIA	1° Trim
2	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1°/ 3° Trim
3	RADIOLOGICA	S.C. RADIOLOGICA	2° Trim
1	ONCOLOGIA	S.C. UNIV. ONCOEMATOLOGIA	2° Trim
2	MEDICINA LEGALE	S.C. MEDICINA LEGALE	4° Trim
2	CHIRURGIA VASCOLARE	S.C. CHIRURGIA VASCOLARE	1°/4° Trim
2	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	S.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2° Trim
2	MEDICINA TRASFUSIONALE	S.C. IMMUNOLOGIA E TRASFUSIONALE	4° Trim
1	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	S.S.D. NEURORIABILITAZIONE	3° Trim
1	PATOLOGIA CLINICA	S.C. LABORATORIO ANALISI	1° Trim
1	CHIRURGIA TORACICA	S.S.D. CHIRURGIA TORACICA	4° Trim
1	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO	S.C. DIREZIONE MEDICA	3° Trim
1	CARDIOCHIRURGIA	S.C. CARDIOCHIRURGIA	3° Trim
31	NUMERO TOTALE ASSUNZIONI ORDINARIE PREVISTE NEL PTFP PER L'ANNO 2025		

PIANO FABBISOGNO PERSONALE TRIENNIO 2025 - 2027

Tabella 1.c - rilevazione
personale reclutato per
l'attuazione DL 34/2020

PROFILO PROFESSIONALE/QUALIFICA *	Posti coperti al 31.12.2024		ANNO 2025	
	Tempo Ind.	Tempo Det.	Assunzioni	Stabilizz.
Reclutamenti ai sensi dell'art. 2, comma 5, DL 34/2020 - Potenz. Mezzi di Soccorso				
Comparto tecnico (Autisti Soccorritori)	4			
Comparto sanitario (Infermieri)	6			
Dirigenza medica (Anestesia)	5			
Reclutamenti ai sensi dell'art. 2, comma 7, DL 34/2020 - Potenz. Terapie Intensive				
Comparto sanitario (Infermieri)	29			
Dirigenza medica (MAR)	2			
Dirigenza medica (Oncologia)	1			
Dirigenza medica (Malattie infettive)	2			
Dirigenza medica (Medicina Interna)	1			
Dirigente psicologo	2			
Dirigente biologo	1			
Dirigente biologo	1			
TOTALE RECLUTAMENTI DL 34/2020	54	0	0	0

* per i Dirigenti Medici specificare la specialità

	TETTO di SPESA AZIENDALE per il personale a Tempo Determinato o con convenzioni o con contratti di Co.Co.Co.	
	<i>ai sensi dell'art. 44 ter del DL 19/2024</i>	
	LIMITE di SPESA per il personale della <i>dirigenza medica</i> e al <i>personale non dirigenziale</i> appartenente ai <i>profili sanitario e socio-sanitario</i>	LIMITE di SPESA per il personale della <i>dirigenza veterinaria, sanitaria non medica, professionale, tecnica e amministrativa</i> e al <i>personale non dirigenziale</i> appartenente ai <i>profili professionale, tecnico e amministrativo</i>
VALORI AZIENDALI di LIMITI di SPESA ANNO 2025 AZIENDA OSPEDALIERA DI TERNI	11.212.133,66	15.053,26